

Publicatie
Leiden
330
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Mai 1901, à 1 heure

Par PAUL LE MAITRE

Né à Saint-Jean-des-Baisants (Manche), le 27 septembre 1872.

De la délivrance et des suites de couches
dans les malformations utérines

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

MAUCLAIRE et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1901

1901

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Mai 1901, à 1 heure

Par PAUL LE MAÎTRE

Né à Saint-Jean-de-la-Rivière (Rhône), le 27 septembre 1873.

De la délivrance et des suites de couches
dans les malformations utérines

Président : M. HUBIN, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

MARCELAIN et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions que lui seront faites sur les divers
points de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

350

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Mai 1901, à 1 heure

Par PAUL LE MAITRE

Né à Saint-Jean-des-Baisants (Manche), le 27 septembre 1872.

De la délivrance et des suites de couches
dans les malformations utérines

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

MAUCLAIRE et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		DEBOVE.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIECLAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBAHARAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DEGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRE.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURF.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR.

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN.

Professeur de Clinique obstétricale,
Accoucheur des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le sujet de notre thèse nous a été inspiré par notre maître, M. le docteur Bonnaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux, à l'occasion d'un cas de malformation utérine observé chez une femme accouchée dans son service de la Maternité de Lariboisière, au mois de novembre dernier. Sur ses conseils, nous avons repris l'étude de ces vices de conformation de l'utérus envisagés surtout au point de vue obstétrical : mais nous ne passerons point en revue dans ce travail toutes les particularités dont ces anomalies sont la cause, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement. Nous étudierons surtout la délivrance et les suites de couches dans les différentes malformations utérines. Chémén faisant, nous serons amené à parler de certaines complications de la grossesse et du travail, mais nous ne le ferons que pour apporter les explications nécessaires aux deux points spéciaux que nous avons en vue.

Il nous paraît utile, en commençant, de rappeler brièvement les différentes variétés anatomiques des malformations utérines et de dire quelques mots sur leur pathogénie, de façon à en donner une idée d'ensemble et une classification.

Avant d'entrer en matière, nous saisissons l'occasion qui nous est offerte d'exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux et en particulier à M. Letulle, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Boucicaut ; à M. Rendu, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Necker ; à M. Monod, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; enfin à MM. Ricard et Delbet, chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés à la Faculté de médecine.

Nous exprimons également notre profonde reconnaissance à M. le docteur Bonnaire, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et les conseils dont il nous a entouré pendant notre séjour à Lariboisière dans son service.

Enfin, nous prions M. le professeur Budin, d'agréer nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur le développement des organes génitaux de la femme.

Classification des malformations utérines.

Les organes génitaux ont une même origine dans les deux sexes : ils dérivent des corps de Wolff, des canaux de Muller et des glandes génitales. A la fin du deuxième mois, le corps de Wolff, dont le développement est déjà très avancé sur un embryon de 35 jours, forme deux conduits longitudinaux situés sur les côtés de la colonne vertébrale et s'étendant de la poitrine jusqu'au bassin. Sur ces conduits viennent ensuite s'aboucher des tubes d'abord rectilignes, puis flexueux, terminés en culs-de-sac. Les canaux primitifs sont situés en avant et en dehors de cette masse glanduleuse dont ils semblent constituer les conduits excréteurs. Vers la sixième semaine, apparaissent à la partie interne des corps de Wolff, les glandes génitales qui deviendront plus tard soit les ovaires, soit les testicules. Les corps de Wolff diminueront de volume à mesure que celles-ci se développeront. Les ure-

tères naissent d'un bourgeonnement inférieur du corps de Wolff. Plus tard naissent les conduits de Muller situés parallèlement à ceux de Wolff, un peu en dehors et au dessus d'eux. Tous ces canaux vont se rendre et s'aboucher les uns près des autres dans cette partie du canal uro-intestinal qui constitue le cloaque. Jusqu'au troisième mois, l'embryon est de sexe indifférent et indéterminé : c'est à ce moment que l'évolution des organes internes va se diriger vers le type masculin ou vers le type féminin. Dans le premier cas, les conduits de Muller vont s'atrophier et disparaître, ne laissant comme vestige que l'utricule prostatique. Les corps de Wolff formeront l'épididyme et le canal déférent, tandis que la glande génitale se transformera en testicule.

Si l'individu doit être du sexe féminin, la glande génitale devenant un ovaire, c'est le canal de Muller qui persistera en même temps que le corps de Wolff s'atrophiera pour disparaître presque totalement, ne laissant comme vestige que l'organe de Rosenmüller dans l'épaisseur du ligament large. Quant aux conduits de Muller, ils formeront la trompe de Fallope par leur partie supérieure, et leur partie moyenne et inférieure se fusionnera pour devenir l'utérus et le vagin.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la façon dont se développent l'utérus et le vagin.

D'après Rathke, la matrice prend naissance en partie du canal génital, en partie de la portion terminale des deux tubes de Muller ou oviductes. Ces tubes forment le segment supérieur de l'utérus, tandis

que les canaux uro-génitaux se séparent par étranglement dans le vagin, pour former la partie supérieure de ce canal et le segment inférieur de l'utérus. Les différentes formes de la matrice chez les mammifères dépendraient donc de la part prépondérante que prendraient à sa formation soit le canal génital, soit les oviductes : l'utérus bicorne par exemple, résulterait de la participation plus grande que ces derniers prendraient dans l'évolution formatrice de l'organe. Ceci explique bien comment on peut rencontrer un utérus simple à sa partie inférieure et double vers son fond, mais ne saurait expliquer la coexistence d'un utérus double avec un vagin double.

Une autre opinion fût celle de Serres, Geoffroy, Saint-Hilaire, Mondini, d'après lesquels les organes impairs et médians sont à l'origine doubles et séparés. Quelques années plus tard, Bischoff, Leuckart et Thiersch devaient confirmer par leurs recherches anatomiques l'exactitude de cette hypothèse et ils purent voir que l'utérus et le vagin naissent par deux canaux juxtaposés et séparés par une cloison longitudinale. Ces canaux ne sont autre chose que les canaux de Muller qui forment alors le cordon génital.

D'après Kolliker, les canaux de Muller se soudent d'abord dans le milieu du cordon génital, puis restent assez longtemps doubles aux deux extrémités de ce cordon.

On peut ainsi comprendre comment un utérus simple peut coexister avec un vagin double. Dans l'espèce humaine, ajoute cet auteur, la fusion des canaux géni-

taux a lieu à la fin du 2^e mois ; l'utérus est d'abord bicorne pendant le 3^e mois, puis les cornes se soudent peu à peu et l'organe devient simple.

En résumé, les deux cordons, d'abord pleins, qui constituent les canaux de Muller, séparés en haut par la colonne vertébrale et les corps de Wolff, s'unissent en bas et s'adossent l'un à l'autre. La trompe sera formée par la partie située au dessus du point de jonction et du ligament de Hunter ; ce dernier ligament naissant du conduit de Müller et se dirigeant vers le pubis pour devenir plus tard le ligament rond.

La partie située au dessous du ligament de Hunter, deviendra l'utérus et le vagin. Chacun de ces cordons se creuse d'une cavité distincte, puis la cloison qui sépare les parties accolées disparaît de bas en haut et le conduit vagino-utérin d'abord double, deviendra simple plus tard.

Etudions maintenant les différentes variétés de malformations utérines :

1^o Les conduits de Muller, en contact l'un avec l'autre au niveau de leur insertion sur le cloaque peuvent, au lieu de s'adosser depuis ce point jusqu'au ligament de Hunter, rester séparés dans toute la partie qui devra former l'utérus. Chacun des conduits se creusera d'une cavité représentant la moitié d'un utérus normal. Le reste du conduit de Muller se creuse en forme de trompe et s'évase en pavillon à son extrémité libre : chaque ovaire se développe de même normalement.

Nous aurons alors un utérus double ou plutôt deux utérus formés chacun d'un corps, d'un col, d'un ovaire

et d'une trompe. C'est l'utérus duplex, diductus ou didelphis ;

2° Si le rapprochement des conduits de Muller, tout en étant plus complet, n'atteint pas le niveau de l'insertion des ligaments ronds, on aura un utérus dont le fond présentera un sillon plus ou moins profond séparant deux portions renflées sous forme de cornes : c'est l'utérus bicorne ;

3° La jonction des canaux utéro-tubaires s'est faite à la hauteur normale, mais le fond de l'utérus, au lieu de continuer à se développer en s'élevant par un renflement médian au dessus du niveau de l'ovaire, reste déprimé comme dans les premiers temps de sa formation : il présente une échancrure qui lui donne la ressemblance d'un cœur de carte à jouer : c'est l'utérus échancré ou cordiforme ;

4° L'un des conduits de Muller peut s'atrophier ou se développer incomplètement, l'autre continuant son évolution : l'utérus peut alors avoir à peu près sa forme normale, mais il ne se compose que d'une moitié d'organe et ne porte qu'une trompe de Fallope ; l'autre moitié n'existe qu'à l'état rudimentaire : c'est l'utérus unicorne ;

5° La première partie de l'évolution formatrice s'est faite régulièrement ; l'utérus a sa forme normale extérieure, mais la seconde partie du travail formateur, celle qui consiste dans la fusion en un seul des deux conduits vagino-utérins par la disparition des parois adossées des tubes de Muller ou de la cloison inter-utérine, ne s'est pas accomplie. La cloison persistant

dans toute la hauteur de l'organe, il en résulte deux cavités complètement distinctes. C'est l'utérus globularis septus, bilocularis, bipartitus ;

6° La partie inférieure de la cloison s'est résorbée, mais le fond de l'utérus présente encore à l'intérieur une portion plus ou moins longue de la cloison primitive, les cornes utérines séparées en haut communiquent en bas sur une étendue plus ou moins grande. Il n'y a qu'un col de l'utérus. C'est l'utérus subseptus ou semi-partitus ;

7° L'arrêt de développement peut intéresser le vagin aussi bien que l'utérus ; la cloison intervaginale peut persister dans toute sa hauteur ou dans une partie seulement de son étendue ; on aura alors un vagin double ou un vagin incomplètement cloisonné coexistant avec toutes les variétés de malformation de l'utérus.

Nous devons dire quelques mots maintenant des cloisonnements transversaux incomplets d'origine congénitale du col et du segment inférieur de l'utérus. Ces anomalies ne retentissent pas sur la forme extérieur de l'utérus et peuvent exister seules sans les autres malformations dont nous avons parlé précédemment. Les observations en sont très rares mais elles présentent un grand intérêt obstétrical, par suite de l'obstacle qu'elles peuvent apporter pendant l'accouchement. Ferrand qui en a rapporté plusieurs cas dans sa thèse, explique la formation de ces brides par le défaut de résorption complète que subissent certains points des cordons primitivement pleins constituant

les conduits de Muller. Selon que la résorption aura manqué sur une plus ou moins grande étendue des parois, il en résultera un bourrelet en forme d'anneau complet ou seulement en forme de croissant.

La classification suivante des différentes malformations utérines est celle proposée par le professeur Lefort dans sa thèse d'agrégation :

1° Utérus réduit à une moitié. (Utérus unicornis.)

a) Avec absence complète de l'autre moitié.

b) Avec vestiges plus ou moins développés de l'autre moitié.

2° Utérus double avec cloisonnement complet de tout l'organe. (Utérus bipartitus.)

a) Indépendance complète et écartement des deux moitiés. (Utérus diductus ou didelphe.)

b) Indépendance partielle des deux corps avec accolement des cols. (Utérus bicorne.)

c) Aspect normal à l'extérieur ; cloisonnement complet à l'intérieur. (Utérus globularis.)

3° Utérus en partie cloisonné à l'intérieur. (Utérus semi-partitus ou sub-septus.)

a) Avec fusion incomplète du corps. (Utérus bicorne.)

b) Avec fusion extérieure complète. (Utérus globularis.)

4° Utérus présentant une seule cavité à l'intérieur. (Utérus unilocularis.)

a) Divisé vers son fond en deux cornes. (Utérus bicorne.)

b) Echancré à l'extérieur vers son fond. (Utérus cordiforme.)



CHAPITRE II

De la délivrance dans les malformations utérines.

On donne le nom de délivrance à l'expulsion naturelle ou à l'extraction artificielle des annexes du fœtus. Elle constitue le second temps de l'accouchement et on la divise en trois temps principaux :

Le premier comprend le décollement du placenta et des membranes ; le second, la descente de l'arrière-faix dans le vagin ; le troisième enfin, l'expulsion de cet arrière-faix hors des organes génitaux externes.

La délivrance doit être considérée comme la partie la plus importante de l'accouchement ; en effet, à moins de circonstances exceptionnelles, l'expulsion du fœtus ne présente guère en elle-même de complications graves pour la mère. La délivrance, au contraire, est « souvent une période fertile en incidents, en accidents qui demandent de la part de l'accoucheur du sang-froid et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se succèdent et des complications qui peuvent survenir ».

Aux malformations utérines principalement, il con-

vient d'appliquer la phrase que nous venons de citer car, ainsi que nous le verrons, les dangers que peuvent courir les femmes à ce moment de l'accouchement sont graves et se produisent fréquemment. Non pas que les malformations utérines exposent toujours à des complications après la sortie du fœtus : dans un certain nombre de cas l'accouchement se poursuit et se termine d'une façon parfaitement régulière, mais dans d'autres, au contraire, et nous pouvons dire sans exagérer, dans la moitié des cas, des accidents se produisent soit avant ou au moment même de la délivrance, soit dans un délai variable après que celle-ci est effectuée.

Les accidents auxquels exposent les malformations utérines à la période de délivrance sont de deux ordres : l'hémorragie et la rétention plus ou moins prolongée de l'arrière-faix à laquelle viennent s'ajouter les difficultés souvent considérables que présente son extraction.

De ces deux sortes d'accidents, l'hémorragie est celui que nous rencontrerons le plus fréquemment. Cette hémorragie ne reconnaît pas une cause absolument identique dans tous les cas que nous rapportons au cours de ce travail. Le plus habituellement elle est due à l'inertie utérine qui suit l'expulsion du fœtus : inertie dont on peut trouver l'explication dans la longueur et l'irrégularité du travail et sur laquelle nous aurons à revenir. Une seconde cause d'hémorragie tient dans l'insertion du placenta sur le segment inférieur : ces deux causes n'appartiennent pas en propre aux mal-

formations de l'utérus quoique la première y soit cependant plus fréquente. Il est enfin une troisième cause, mais spéciale celle-ci aux vices de conformation de l'utérus : elle est constituée par l'insertion du placenta sur la cloison médiane qui divise l'utérus en deux cavités distinctes dans les cas où elle est complète, ou seulement forme un éperon plus ou moins étendu au fond de l'utérus, dans les cas où elle est incomplète. Cette insertion du placenta sur la cloison constitue une sorte d'insertion vicieuse, de tous points comparable au point de vue des accidents dont elle peut être l'origine à l'insertion du placenta sur le segment inférieur dans les utérus normalement conformés.

Au cours de nos recherches, nous n'avons pu trouver qu'une seule observation où cette insertion toute spéciale du placenta soit bien caractérisée.

Nous commencerons l'étude des hémorragies de la délivrance par celles qui reconnaissent pour origine l'insertion du placenta soit sur le segment inférieur, soit sur le septum qui existe dans l'utérus.

§ 1^{er}. — *Hémorragies causées par l'insertion du placenta sur le segment inférieur.*

Il est une question intéressante qui se pose tout d'abord sur le rapport qui peut exister entre l'insertion vicieuse du placenta et les malformations de l'utérus.

M. Polaillon, en 1877, à propos d'une observation que nous rapportons, attirait l'attention sur ce point

et attribuait aux malformations utérines une certaine influence sur la production de l'insertion vicieuse du placenta. Les causes de l'insertion vicieuse sont à l'heure actuelle obscures et mal précisées. Lorsque la muqueuse utérine congestionnée et plissée ne retient pas l'ovule fécondé au voisinage de l'ouverture des trompes, celui-ci est entraîné vers l'orifice du col où il se greffe et se développe. Beaucoup d'hypothèses ont été émises pour expliquer les circonstances qui favorisent cette chute de l'ovule sur le col. Aucune n'est pleinement satisfaisante. Il est un fait seulement dont l'exactitude est indiscutable et la preuve fournie par les statistiques, c'est la prédisposition créée par la multiparité et il est à présumer que cette prédisposition tient à une modification dans la forme de la cavité utérine. Cependant les primipares ne sont pas exemptes de l'insertion vicieuse, et Simpson, sur 136 cas de placenta prævia, en a trouvé 11 se rapportant à des femmes enceintes pour la première fois. On ne peut invoquer chez celles-ci une déformation de la matrice consécutive à des grossesses répétées pour expliquer l'insertion vicieuse. Mais il est permis de penser qu'elle pouvait être due à une malformation primitive de cet organe.

M. Polaillon s'appuie sur deux ordres de faits pour soutenir son opinion : d'abord la répétition de l'insertion vicieuse dans une série de grossesses, lorsqu'elle s'est produite une première fois, et ensuite la constatation à l'autopsie d'une insertion vicieuse coexistant avec une malformation de l'utérus. Les

exemples ne sont pas rares de femmes présentant soit pendant les derniers mois de la gestation, soit pendant le travail des hémorragies à répétition et cela à chacune de leurs grossesses. Ingleby a vu deux femmes dont l'une eut trois fois et l'autre dix fois le placenta inséré sur le col. Michalon cite également le cas d'une femme qui avait présenté une insertion vicieuse à toutes ses grossesses et qui mourut d'une hémorragie qui en était la conséquence. Gendrin ayant trouvé à l'autopsie de deux femmes mortes d'hémorragie par insertion vicieuse les ouvertures des trompes beaucoup plus rapprochées de la portion inférieure de l'utérus et du col qu'elles ne le sont habituellement, a admis que cette disposition rendait compte du développement de l'ovule vers le col où il était naturellement porté. Dans tous ces cas il n'est point fait mention de l'existence d'une malformation utérine. Mais d'autres faits semblent prouver que les vices de conformation de l'utérus ne sont pas sans avoir une certaine influence sur l'insertion vicieuse. L'observation de Bagard en est un bel exemple. Il s'agit d'une femme âgée de 48 ans qui eut quatorze enfants dont aucun ne vint à terme. Cette femme mourut plus tard d'une affection pulmonaire et à l'autopsie on trouva une matrice double ressemblant à deux poires renversées, réunies par leur col, se terminant à un orifice interne commun. Toutes les couches de cette femme avaient été précédées de pertes de sang et suivies d'accidents fâcheux. Bien que dans ce cas il ne soit pas fait mention de l'insertion vicieuse du placenta,

n'est-il pas permis de supposer que c'était la cause de ces hémorragies? M. Polaillon cite encore l'observation de Hohl dans laquelle il s'agit d'une femme présentant un utérus bicorne avec col unique. Chacune des cavités de cet utérus double contenait un fœtus et les deux placentas étaient implantés sur l'orifice. Hohl pratiqua l'accouchement et dans les premiers jours qui suivirent, il put pratiquer l'examen des organes génitaux internes et contrôler son diagnostic. Dans une autre observation du docteur Ménard, il est question d'une tertipare présentant un vice de conformation de l'utérus et qui à sa deuxième et à sa troisième grossesse eut des hémorragies abondantes dues chaque fois à l'insertion vicieuse du placenta.

Avant de rapporter l'observation de M. Polaillon, et quelques autres du même ordre que nous avons pu recueillir, nous citerons tout d'abord notre première observation personnelle dont la place n'est indiquée dans aucun chapitre spécial. La délivrance n'y a en effet rien présenté de particulier et le côté intéressant qu'elle offre tient surtout dans la forme anormale du placenta.

OBSERVATION. I (Personnelle). (Observation recueillie à la maternité de Lariboisière, dans le service de M. Bonnaire, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.)

Utérus globularis bipartitus. Vagin double. Présentation du siège. Forme anormale du placenta

La nommée K... C... âgée de 24 ans, primipare, brodeuse de profession entre à la maternité de Lariboisière, le 29 novembre 1900 à 3 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Bons : son père et sa mère sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Elle a marché à 18 mois et a été réglée à 11 ans et toujours régulièrement depuis. Les règles duraient en moyenne de 7 à 8 jours.

Examen général. — Rien de particulier, sauf la présence sur le cou de syphilides pigmentaires : on interroge la malade à ce sujet, mais on ne peut obtenir de renseignements bien précis. Néanmoins elle a eu presque certainement un chancre, il y a 4 ans ; la cicatrisation se serait produite assez rapidement, et par suite l'attention de la malade a été peu attirée sur ce point. On ne peut savoir à quelle époque ont apparu les accidents secondaires et quelle a été leur durée. Rien dans la gorge. Elle n'a suivi aucun traitement spécial jusqu'ici. Mais les accidents constatés sur le cou de la malade sont des plus probants et permettent de la considérer comme spécifique.

Examen obstétrical. — Les dernières règles datent du

26 avril. La grossesse est de 7 mois environ. Il n'y a eu aucune complication pendant la gestation. Pas de chutes, pas d'albumine dans les urines. Cependant depuis huit jours la femme ne sent plus remuer son enfant. Le fond de l'utérus est à un travers de doigt au dessus de l'ombilic, et par le palper sa forme paraît nettement régulière. La présentation est le siège décomplété, mode des fesses en SIGA. L'auscultation est négative et la mort du fœtus confirme l'existence de syphilis chez la mère. Le travail a commencé à 2 heures du matin et la femme dit avoir perdu de l'eau, peu de temps avant son entrée.

A l'inspection de la vulve, on reconnaît nettement deux orifices séparés par une cloison. Celle-ci se prolonge à travers la cavité vaginale, d'avant en arrière jusqu'au museau de tanche. Mademoiselle Mary pratique le toucher et perçoit du côté gauche un col perméable et porté très en avant. Le toucher est douloureux de ce côté.

Du côté droit, le doigt arrive facilement sur un second col dont la dilatation est égale à une pièce de un franc, et sur le siège qui se présente et dont l'engagement commence à s'effectuer. Le sacrum et les parties latérales du bassin sont accessibles. La cloison vaginale est complète et nulle part on ne rencontre d'orifice faisant communiquer les deux cavités qu'elle divise. Les contractions sont irrégulières et espacées durant toute la journée. A mesure que le siège progresse, il repousse contre la paroi vaginale gauche la cloison placée devant lui.

La dilatation est complète à 5 heures de l'après-midi, et le dégagement a lieu trois quarts d'heure après. Il est rendu assez difficile par suite de la brièveté du cordon. La tête est

extraite par la manœuvre de Mauriceau. Durée totale du travail, 15 heures.

La délivrance par expression est faite 25 minutes après la sortie du fœtus. Le toucher pratiqué alors permet de constater que la cloison est complètement déchirée de bas en haut. Il ne reste plus dans le vagin que des débris flottants et au fond les deux cols qu'on sent très nettement. On pratique une injection-intra-utérine iodée dans chacun des deux utérus.

Dans l'utérus droit qui était grvide, la canule pénètre facilement jusqu'au fond, tandis que du côté gauche, elle est arrêtée à peu de distance au dessus du col et il est impossible de la faire pénétrer plus avant.

Le fœtus mort et macéré ne portait aucune trace de pemphigus et pesait 1.580 grammes. Le placenta pesait 480 grammes. Le cordon long de 40 centimètres avait une insertion marginale. Les suites de couches furent normales.

Nous avons fait dessiner le placenta en raison de la forme toute particulière qu'il présente, et les deux dessins ci-contre en sont une copie fidèle. Sur la première planche où il est vu de face, on remarque d'un côté une dépression siégeant sur son bord, une sorte de hile et l'ensemble de sa forme rappelle de très près celle d'un rein. La seconde planche fait bien ressortir la disposition fusiforme, allongée de ce placenta. Il y est représenté de profil et l'on remarque au niveau de l'insertion du cordon un foyer hémorragique qui s'est produit au moment du dégagement du fœtus. Il y avait brièveté du cordon, ce qui a amené des tiraillements et un arrachement partiel en son point d'insér-

tion sur le placenta. Il y a eu déchirure de vaisseaux et formation de caillots qui ont décollé les membranes à ce niveau. Ce qui caractérise surtout ce placenta, c'est sa forme très nettement allongée et il faut en voir la raison dans la conformation particulière que présentait la cavité utérine gravide. La cloison médiane a sans doute mis obstacle à son extension et il a de la sorte subi une déformation toute spéciale et assez rare pour mériter d'être reproduite.

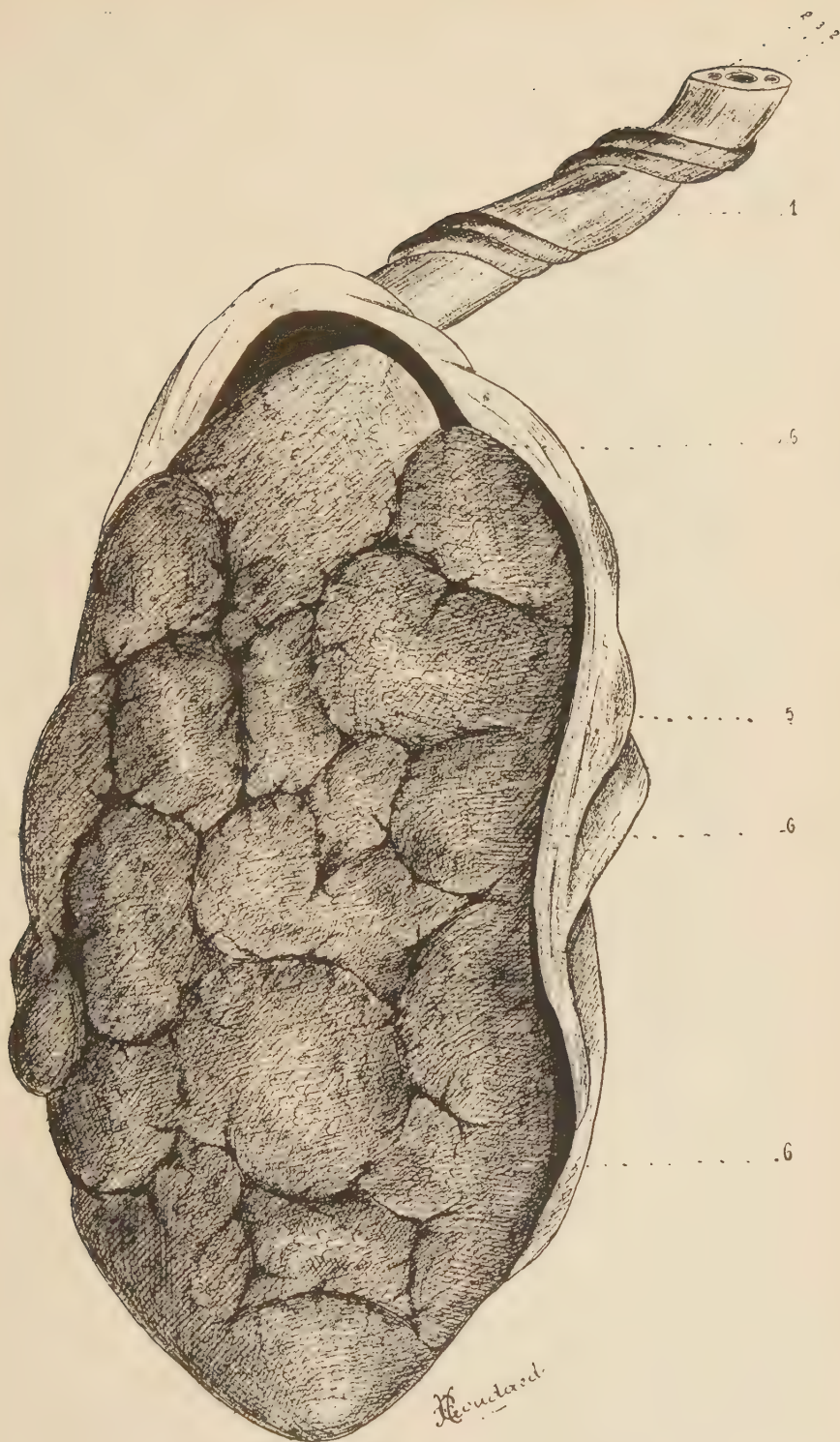


Fig. I. — Placenta vu par sa face utérine.

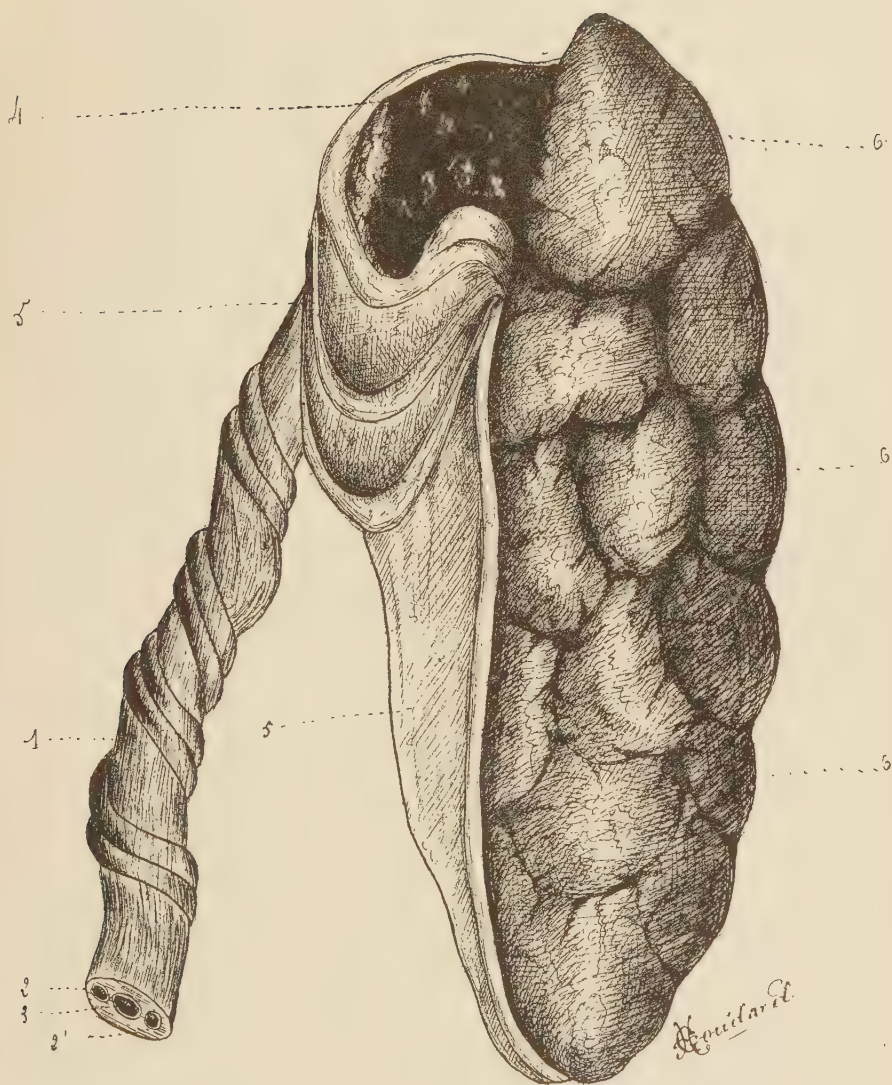


Fig. II. — Placenta. Face latérale avec foyer hémorragique
au niveau de l'insertion du cordon.

OBSERVATION II (Polaillon. *Annales de gynécologie* 1877).

Utérus cordiforme incomplètement cloisonné. Insertion centrale du placenta. Hémorragie. Mort.

La nommée P. ., âgée de 27 ans, est enceinte pour la première fois et paraît arrivée au terme de 8 mois et demi. Il y a un mois une hémorragie peu abondante se produisit sans cause connue et s'arrêta d'elle même. Quinze jours plus tard, apparition d'une nouvelle hémorragie plus abondante que la première. Le 24 février, une troisième hémorragie survint pendant le sommeil et dura plusieurs heures. Deux jours après nouvelle hémorragie pendant la nuit. La malade dit avoir perdu une cuvette de sang et s'être évanouie pendant cette perte. Elle se décida alors à entrer à la Maternité où elle arriva le 27 février à 9 heures 1/2 du matin.

Le ventre au lieu d'avoir une forme ovoïde à grand diamètre vertical ou un peu incliné de l'un ou de l'autre côté était élargi transversalement. Le palper faisait reconnaître l'extrémité pelvienne du fœtus dans le flanc gauche et l'extrémité céphalique dans le flanc droit.

Entre ces deux extrémités saillantes, il y avait une dépression au niveau de l'ombilic, dépression appréciable à la vue et au toucher. Il s'agissait d'une présentation acromio-iliaque droite, dos en avant. Les bruits du cœur s'entendaient un peu au dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal donnait la sensation d'un col court, épais, entr'ouvert. Le doigt engagé avec précaution dans l'orifice arrivait sur une masse molle, charnue, épaisse, qui n'était autre que le placenta. On ne pou-

vait sentir avec le doigt aucune partie du fœtus. La patiente ne souffrait pas et ne perdait pas de sang ; mais elle était pâle et affaiblie. Je prescrivis le repos absolu et le tamponnement dès que l'hémorragie reparaitrait.

A 7 heures du soir le sang se remit à couler en abondance, M^{me} Callé appliqua aussitôt un tampon très complet formé avec des boulettes de charpie. La nuit du 27 au 28 se passa sans accident. Les contractions utérines se développèrent.

Le 28 février, à 8 heures du matin, les contractions revenaient toutes les dix minutes et le tampon commençait à s'imbibber de sang. A 9 heures le tampon fut enlevé.

L'orifice utérin avait la dimension d'une pièce de 5 francs et son pourtour était rigide. Les battements du cœur fœtal étaient ralentis. Il n'existait qu'un suintement sanguin insignifiant. A 10 heures 20 minutes, le suintement étant devenu un peu plus abondant, j'introduis dans le vagin un ballon de caoutchouc que je distends avec 750 grammes d'eau froide. Sous l'influence du ballon, les contractions deviennent fréquentes et énergiques sans écoulement extérieur de sang, mais en même temps que la patiente fait des efforts d'expulsion, sa face pâlit et un syncope est imminente. Au bout de 5 minutes d'efforts elle expulse le ballon avec un caillot du poids de 515 grammes.

Cette nouvelle perte de sang me décide à terminer immédiatement l'accouchement. L'orifice n'ayant qu'une dilatation grande comme 5 francs, j'incise le col dans deux points et dans l'étendue de 1 centimètre 1/2 environ. Puis sans retirer la main droite que j'avais introduite pour ce débridement, je traverse le col je perfore le placenta et je vais saisir les pieds. A 10 heures 30 minutes, le siège est dégagé. Les bras relevés

sur le côté de la tête nécessitent une manœuvre qui dure 5 minutes. Enfin, après quelques efforts exigés par la rétraction de l'orifice utérin autour du cou, la tête est extraite.

L'enfant, du sexe féminin pesait 2.950 grammes. Elle ne présentait plus de battements cardiaques et tous les soins pour la ranimer furent sans succès. Le cordon avait été détaché à son insertion placentaire pendant la perforation du placenta avec la main. La mère n'avait pas perdu de sang pendant la version. La moitié du placenta environ suivit la sortie de la tête. L'utérus se rétracta rapidement et pour plus de sûreté on comprima l'aorte depuis 10 h. 35 minutes jusqu'à 10 h. 50. Il n'y avait aucune perte de sang. On plaça la patiente dans une situation horizontale, la tête plus basse que les pieds et tout mouvement lui fut interdit. Une cuillerée de rhum sucré alternant avec du bouillon froid lui fut ordonnée toutes les 10 minutes.

A 11 h. 28 minutes un petit écoulement sanguin reparut ; on retira le reste du placenta et l'hémorragie cessa. A 11 h. 1/2, je quittai l'opérée qui se trouvait, malgré sa grande faiblesse, dans un état assez satisfaisant, et j'emportai la conviction que sa vie était sauvée.

Pendant mon absence, l'amélioration ne se soutint pas. Bientôt la faiblesse fit de nouveaux progrès, et à 1 h. 40 minutes, la malade succombait sans que l'hémorragie se fut reproduite et sans avoir fait le moindre mouvement depuis la délivrance. La transfusion était indiquée lorsqu'on vit survenir l'état syncopal qui a précédé sa mort. Mais je n'étais plus auprès de la malade et j'ai le regret de n'avoir pas été prévenu pour tenter cette dernière ressource.

L'autopsie ne put être faite, mais on pût enlever l'utérus et la partie supérieure du vagin.

En examinant l'utérus, nous sommes frappé de lui trouver la forme d'un cœur de carte à jouer, au lieu de la forme globuleuse qu'on rencontre habituellement après l'accouchement. L'examen de la face interne du col et du segment inférieur de l'utérus donne la preuve que l'insertion du placenta avait lieu sur l'orifice interne, centre pour centre. Nous constatons en même temps que les incisions du col siègent à droite et à gauche, qu'elles s'étendent jusqu'à l'insertion du vagin et qu'elles n'ont pas produit une déchirure du tissu utérin remontant plus haut. La cavité du corps ne présente pas de cloison médiane. Le moule de la cavité a été pris pour en avoir la forme exacte. Ce moule présente à sa partie supérieure deux lobes latéraux séparés par une dépression, ce qui indique que la paroi supérieure de l'utérus portait sur la ligne médiane un éperon saillant en dedans et divisant le fond de la cavité utérine en deux excavations, l'une droite, l'autre gauche. Cet éperon est le vestige de la cloison qui constitue le vice de conformation connu sous le nom de *utérus cloisonné au bipartitus*.

En coupant la paroi utérine au niveau de l'éperon, on constate qu'il existe là un épaississement considérable formé par une accumulation de fibres musculaires. De telle sorte que l'inspection de la face externe de l'utérus ne donne qu'une idée fort incomplète de la conformation de sa cavité.

L'insertion des trompes n'offre rien de particulier. La tête du fœtus était située dans l'excavation droite ; son siège dans l'excavation gauche : son dos regardait en bas et en avant et le contour du dos est marqué par une légère saillie sur la

face antérieure du moule. La face postérieure de celui-ci est moins bombée que la face antérieure.

OBSERVATION III (Manolescu, thèse de Paris 1898).

Utérus bicorne. Rupture prématurée des membranes. Insertion vicieuse du placenta. Hémorragie. Délivrance artificielle.

La nommée P... B. ., tertipare, âgée de 23 ans, entre à la clinique Baudelocque, le 17 décembre 1895.

Rien au point de vue des antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement.

Antécédents obstétricaux. — Elle est accouchée pour la première fois en 1891 à Baudelocque, d'une fille à terme spontanément par le sommet. Le placenta était inséré sur le segment inférieur.

En 1895, deuxième accouchement à Baudelocque, d'un garçon spontanément par le sommet à 7 mois 1/2 de grossesse. L'enfant est mort quelques heures après sa naissance. (hydramnios, insertion vicieuse du placenta ; hémorragies à répétition pendant la grossesse et le travail ; hémorragie de la délivrance ; température ; deux curettages. Injections intra-utérines.)

Grossesse actuelle. — Elle ne se rappelle pas de la date des dernières règles. Apparition des mouvements actifs vers le milieu d'août. Aucune complication pendant la grossesse ; pas d'albuminurie. Présentation du sommet non engagé en G. T. Bassin normal.

Le travail débute le 14 janvier 1896 à 10 heures du soir.

Elle entre à la salle de travail à 11 heures 30, la dilatation égalant à ce moment une pièce de 5 francs.

La dilatation est complète le 15 janvier, à 1 heure 20 du matin.

Les membranes sont rompues depuis le 13 janvier à 10 heures du soir.

L'expulsion du fœtus a lieu 20 minutes après la dilatation complète. L'enfant du sexe féminin est bien conformée. Aucune lésion vulvo périnéale. Quantité de sang perdu avant l'expulsion : nulle ; mais depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance, la femme perd une quantité considérable de sang. Environ 30 minutes après l'expulsion du fœtus, on remarque que le poulx est à 95 ; à ce moment la hauteur de l'utérus est de 25 centimètres. Le poulx monte rapidement jusqu'à 120 pulsations. Il y a menaces de syncope et de vomissements ; la femme continue à perdre. M. Bouffe fait alors la délivrance artificielle et trouve le placenta inséré en avant et à gauche. Il existe un gros cotylédon en dehors de la masse placentaire et il était renfermé dans la corne gauche de l'utérus, en dehors de laquelle il existait un anneau de contraction. Le placenta pesait 450 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION IV (Gautrelet, thèse de Paris 1895).

Utérus cordiforme. Présentation de l'épaule. Insertion vicieuse du placenta.. Hémorragie de la délivrance.

III^e pare, 27 ans.

1^{re} grossesse : A la suite d'une période de quinze jours

pendant laquelle trois à quatre pertes assez abondantes et non douloureuses ont lieu, se produit une fausse couche de 3 mois 1/2 avec expulsion rapide de l'œuf sans accident.

2^e grossesse : A 8 mois, hémorragie abondante, subite, qui continue jusqu'à l'accouchement spontané qui a lieu quatre jours après.

Enfant mort au bout de deux jours.

3^e grossesse : Épaule droite. Rupture des membranes : spontanée, tempestive.

Durée du travail : 10 heures 20 minutes.

Expulsion spontanée du placenta, 20 minutes après la sortie du fœtus. Membranes incomplètes mesurant 16/0.

Enfant mort-né.

La version a été faite assez facilement. Au moment de la délivrance des caillots et du sang sont évacués en quantité assez considérable. Injection intra-utérine.

OBSERVATION V

Utérus bicorne. Insertion vicieuse du placenta. Hémorragie.

Primipare âgée de 38 ans. Présentation : sommet.

Rupture prématurée des membranes, 24 heures avant l'expulsion.

Délivrance artificielle deux heures après l'accouchement. Membranes complètes mesurant 36/5. Enfant né vivant.

Particularités : 35 minutes après l'expulsion du fœtus, hémorragie peu abondante. Injection vaginale chaude. 15 minutes après, l'écoulement sanguin recommence. Une heure et

demie après l'accouchement le pouls devient fréquent, l'hémorragie continue.

Le placenta n'étant pas décollé, on fait la délivrance artificielle. En pénétrant dans l'utérus, on trouve que le placenta est adhérent dans presque toute son étendue sur la face postérieure et la corne droite de l'utérus. Au fond de l'organe et un peu à gauche de la ligne médiane, existe un éperon de trois centimètres de longueur environ, de sorte que la corne utérine gauche forme un diverticulum qui admet à peine l'introduction d'un doigt. A ce niveau les membranes sont adhérentes.

OBSERVATION VI (Gautrelet, thèse de Paris 1895).

Utérus cordiforme. Insertion vicieuse du placenta.

II I pare, 34 ans.

1^{er} accouchement : normal, sommet, enfant vivant.

2^e accouchement : avortement à 6 mois; hémorragie abondante pendant la grossesse.

3^e accouchement : Présentation; épaule droite dorso-antérieure.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.

Extraction simple du placenta une demi-heure après la sortie du fœtus. Membranes complètes mesurant 30/4.

Enfant né en état de mort apparente : non ranimé.

OBSERVATION VII (Gautrelet, thèse de Paris, 1895).

Utérus cordiforme. Accouchement prématuré à 7 mois. Présentation de l'épaule. Insertion vicieuse du placenta.

Secondipare âgée de 20 ans.

1^{er} accouchement à terme, présentation du siège.

2^e accouchement : Présentation de l'épaule gauche, dos en avant, rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.

Extraction simple du placenta une demi-heure après la sortie du fœtus. Membranes complètes mesurant 26/3.

Enfant mort quelques heures après sa naissance.

OBSERVATION VIII (Manolescu, thèse de Paris, 1898).

Malformation utérine. Présentation du siège. Insertion vicieuse du placenta.

O.. D..., primipare âgée de 18 ans, entre à la clinique Baudelocque, le 27 mai 1896. Réglée à 14 ans, régulièrement.

Dernières règles du 6 au 10 septembre 1895.

Pas de complication pendant la grossesse. A l'examen obstétrical le ventre a une forme assez caractéristique, en cône.

Présentation du siège non engagé en G. T. Début du travail, le 29 mai à 2 h. 1/2 du soir. Dilatation complète le

30 mai à 5 heures du soir. Rupture spontanée des membranes un peu avant la dilatation complète. La durée de la période d'extraction du fœtus, a été de 30 minutes. Extraction simple du placenta, une demi-heure après la sortie du fœtus. Membranes mesurant 30/4. Injection intra-utérine après la délivrance.

OBSERVATION IX (Picot, thèse de Paris, 1891).

Utérus cordiforme. Présentation de l'épaule. Insertion vicieuse du placenta.

G..., 35 ans, entrée à la clinique Baudelocque, le 28 février 1891, à 8 h. 1/2 du soir.

Première grossesse en 1880 : accouchement à terme, spontané et par le sommet d'un enfant vivant mort à 2 mois.

2^e grossesse, actuelle. Dernières règles, le 6 mai 1890.

Début du travail, le 26 février au matin. A l'entrée de la malade on constate que l'utérus est presque tétanisé, en contraction permanente ; il a une forme irrégulière : Corne gauche très développée et séparée de la corne droite par une dépression légère.

La présentation est une épaule, dos en avant, tête à gauche. L'auscultation est nulle et au niveau de l'extrémité céphalique on perçoit de la crépitation. Rupture spontanée des membranes, le 1^{er} mars à 8 heures du matin. On complète la dilatation en introduisant un ballon de Champetier. A 11 heures du matin, embryotomie au moyen des ciseaux de Dubois ;

puis extraction de la tête préalablement réduite de volume au moyen du basiotribe Tarnier.

Le professeur Pinard pratique ensuite la délivrance artificielle : le décollement des membranes fut un peu laborieux. Elles étaient intactes et mesuraient 30 sur 2. En reconstituant la forme de l'œuf, on trouvait une dépression qui correspondait à celle de l'utérus.

Suites de couches normales.

Les faits que nous rapportons sont intéressants et prouvent que l'insertion vicieuse se rencontre assez souvent dans les malformations de l'utérus. L'observation II est particulièrement remarquable en raison de la rareté de l'insertion centrale du placenta et de la gravité des accidents dont elle fut la cause. Dans les autres cas, nous rencontrons trois tertipares, deux secondipares et deux primipares. L'observation III est importante en ce sens que l'insertion vicieuse a eu lieu aux deux premières grossesses. Dans l'observation VI, il est probable que ce fut également la cause de l'hémorragie abondante qui eut lieu à la seconde grossesse, bien qu'il n'en soit pas fait mention. Dans tous les cas aussi, si l'on en excepte deux ou trois, il y eut hémorragie souvent considérable au moment de la délivrance. Il faut donc tenir compte de l'existence de l'insertion vicieuse dans les malformations utérines et c'est là une cause assez fréquente de complications au moment de la délivrance. Ces faits apportent une confirmation nouvelle à l'opinion émise par M. Polaillon. Il est un fait digne de remarque cependant et que nous

devons noter à propos des cas que nous venons de signaler. En effet, tous ont trait à deux variétés seulement de malformation utérine, les variétés bicorne et cordiforme, mais qui ne présentent pas en somme de différence bien grande entre elles et que l'on peut réunir en une seule comme représentant un même type de malformation. La variété bicorne n'est en réalité que le type cordiforme exagéré : l'échancrure du fond y est plus profonde et plus accusée que dans cette dernière, ce qui produit un écartement plus grand des deux cornes et accentue davantage leur isolement. C'est dans ces deux variétés encore que la cavité utérine est le plus profondément modifiée et s'éloigne le plus de la forme normale. Cette déformation permet donc de rapprocher et de comparer ces utérus à ceux des multipares chez lesquelles l'insertion vicieuse est plus particulièrement fréquente. Si nous n'avons pas rencontré d'exemple d'insertion vicieuse dans les autres malformations utérines, il ne s'ensuit pas qu'elle ne puisse s'y rencontrer quelquefois, mais nous croyons cependant qu'en raison de la dissemblance moins marquée qu'offre leur cavité avec celles de l'utérus normal, l'insertion vicieuse n'y sera pas, toutes choses égales d'ailleurs, plus fréquente que dans les utérus bien conformés et qu'elle s'y produira moins souvent que dans les variétés bicorne et cordiforme. Toutefois le petit nombre d'observations que nous avons pu apporter à l'appui de l'opinion de M. Polaillon ne permet pas, croyons-nous, d'établir une relation de cause à effet entre l'existence de la malformation utérine et la

production de l'insertion vicieuse. Il faudrait un plus grand nombre de faits venant s'ajouter à ceux qui précèdent. Nous dirons seulement que la malformation congénitale de l'utérus semble constituer une prédisposition à l'insertion vicieuse du placenta et à la récurrence de ce redoutable accident.

§ 11. — *Hémorragies dues à l'insertion du placenta sur la cloison.*

Aux hémorragies liées à l'insertion du placenta sur le segment inférieur, nous devons comparer celles reconnaissant pour origine l'insertion du placenta sur la cloison utérine.

Il est probable que dans plusieurs des observations rapportées plus loin, le placenta empiétait sur la cloison sur une étendue plus ou moins grande, ce qui contribuait pour une certaine part à l'hémorragie, mais cette insertion n'est pas aussi bien démontrée que dans l'observation suivante dans laquelle le fait a été confirmé à l'autopsie.

OBSERVATION X (Bulletin de la Société anatomique
1867).

*Utérus bifide. Hémorragie pendant la grossesse et la délivrance.
Insertion du placenta sur la cloison. Périlonite. Mort.*

M. Bailly montre l'utérus d'une femme morte d'hémorragie dans le service de M le professeur Depaul.

Cette femme, âgée de 38 ans, brune, de forte constitution, et jusque-là toujours bien portante, avait eu antérieurement deux accouchements qui s'étaient opérés parfaitement. Vers le 8 octobre, elle vit ses règles pour la dernière fois et dans les premiers jours de juin, alors qu'elle était enceinte d'environ 7 mois $1/2$, elle fut prise d'une hémorragie utérine sans cause appréciable pour elle. La perte ne s'arrêtant pas, la malade vint le 8 juin à la clinique. Il fut reconnu que l'hémorragie ne tenait pas à une insertion du placenta sur le col ; d'ailleurs, le suintement, bien que continu ne fournissait pas une grande quantité de sang. Un séjour à l'hôpital du 18 au 28 juin parut produire une amélioration très sensible et la malade voulut sortir. Mais elle y fut ramenée le 6 juillet par l'apparition presque subite d'une nouvelle perte, cette fois plus abondante. On constata que le col avait diminué de longueur ; on pouvait explorer les membranes dans une étendue de 4 à 5 centimètres. On les trouva amincies. Le lendemain, vers le soir, le travail naturel commença et à 8 h. $1/2$ l'accouchement était terminé tout à fait dans les conditions normales. La délivrance fut opérée facilement, cependant une petite hémorragie suivit l'expulsion du placenta. La malade fut ramenée vers minuit dans les salles. Deux heures après survint une nouvelle perte qui fut bientôt réprimée par la position horizontale et les applications froides. A 5 heures du matin, une nouvelle hémorragie nécessita l'emploi du seigle ergoté, néanmoins le sang reparut encore.

Vers 8 heures du matin, la malade se trouvait dans un état très grave, immobile, pâle, les traits prostrés avec un pouls petit, presque imperceptible et battant 140 fois par minute : elle avait perdu une énorme quantité de sang, malgré la rétraction

très évidente de l'utérus. Une nouvelle dose de seigle ergoté fut administrée, puis les boissons froides et l'alcool à haute dose. Ce dernier traitement ne parvint pas à conjurer une perte qui se montra dans l'après-midi et qui fut la dernière. La malade en effet, accusant seulement de faibles douleurs dans les lombes et la région utérine tomba dans l'assoupissement : son pouls devint insensible, sa pâleur extrême et elle succomba vers 6 heures du soir.

L'autopsie fut pratiquée le 10 juillet. On trouva autour et en arrière de l'utérus, sur les anses inférieures de l'intestin les traces d'une péritonite. Des fausses membranes et du pus étaient répandus dans la cavité du petit bassin. Les ovaires augmentés de volume sont entièrement ramollis : leur parenchyme ne forme plus qu'une bouillie rougeâtre ; le ligament large du côté droit, couvert de fausses membranes, contient du pus et l'on y voit des réseaux lymphatiques formés par des vaisseaux entièrement gorgés et comme injectés par le pus.

L'utérus flasque et à peine revenu sur lui même, présente un fond divisé en deux loges par une cloison charnue peu épaisse qui mesure environ 10 centimètres de haut sur 12 à 15 de large. Elle forme un plan qui divise l'utérus d'avant en arrière en deux loges, une loge droite plus grande et une loge gauche moins étendue. On reconnaît facilement à l'inspection que le placenta était inséré en partie dans la loge utérine gauche et en partie sur la cloison de séparation.

Il n'est pas fait mention dans cette observation intéressante, de la variété de malformation utérine que présentait la malade, mais il est facile de voir qu'il s'agissait d'un utérus d'aspect extérieur normal avec

col unique et présentant une cloison incomplète dans sa cavité : il doit donc être qualifié d'utérus globularis subseptus.

La première chose que l'on remarque en lisant cette observation, c'est l'analogie frappante qui existe entre les accidents qui se sont manifestés au cours de la grossesse chez cette femme et ceux que l'on rencontre également dans les cas de grossesse avec insertion vicieuse du placenta.

Dans les deux cas, en effet, il s'agit d'hémorragies abondantes et répétées au cours de la gestation et cela sans cause appréciable. Ce fut la première hypothèse que l'on fit lorsque la malade vint à l'hôpital et si l'on écarte l'insertion vicieuse du placenta comme cause de ces hémorragies, c'est, sans doute, que l'on ne constata pas au toucher la présence du placenta formant en quelque sorte tampon entre la partie fœtale qui se présentait et le doigt explorateur.

Le second point intéressant est constitué par ces hémorragies abondantes et fréquentes qui se sont produites après l'expulsion du fœtus et qui ont causé à très bref délai la mort de la malade. Elles doivent être attribuées à l'insertion du placenta sur la cloison. M. Bailly dans sa communication insiste sur cette disposition et y trouve l'explication des accidents qui ont suivi l'accouchement. « Il est présomable, dit-il, que les vaisseaux de la cloison qui correspondaient au placenta, n'ont pas été après l'accouchement suffisamment étreints pour arrêter l'écoulement sanguin, en raison de la faiblesse musculaire de cette cloison ; il se sera

produit une véritable inertie par insuffisance du tissu musculaire, comme cela se voit dans le cas d'insertion placentaire sur le col, car on sait en effet, que cette portion de l'utérus renferme peu de fibres musculaires. » A cette cause, il faut joindre également l'inertie utérine elle-même. Bien que le travail n'ait pas été long, il est presque certain que l'utérus tardant à revenir sur lui-même a contribué à la production de l'hémorragie. S'il n'y avait pas eu d'inertie utérine, en effet, la cloison au lieu de rester tendue eût été comprimée et l'hémorragie eût été moins abondante. Il n'en reste pas moins vrai que l'insertion du placenta sur la cloison a été le facteur principal de ces accidents. Il ressort donc nettement de l'observation de M. Bailly, que dans les malformations de l'utérus, la cloison que l'on y rencontre doit être assimilée à tous les points de vue au segment inférieur. Comme lui elle est peu riche en fibres musculaires, peu susceptible de se contracter : elle se laissera très rapidement atteindre d'inertie et sa rétractilité sera presque nulle. Comme le segment inférieur enfin, et c'est là un fait capital au point de vue pratique, elle sera une source d'hémorragie dans le cas où le placenta y aura son implantation. Ces hémorragies pourront se produire soit pendant la grossesse, soit au moment du travail, soit après l'accouchement, et le cas de M. Bailly le prouve, elles seront fréquentes et très abondantes, identiques en un mot à celles dont le placenta prævia est la cause.

§ III. — Nous allons étudier maintenant *les hémorragies de la délivrance* qui sont sous la dépendance de l'inertie utérine survenant après l'expulsion du fœtus. Les observations qui suivent, prouvent qu'elles se produisent avec une très grande fréquence et que leur abondance est souvent telle qu'elle expose les malades aux plus graves dangers. Nous classerons les observations suivant les différentes variétés de malformations utérines qui en font l'objet. Il nous sera ainsi plus facile d'avoir une idée d'ensemble sur les complications que chaque espèce d'anomalie peut présenter.

OBSERVATION XI (Farges : thèse de Paris, 1882).

Utérus biloculaire. Hémorragie de la délivrance.

D... A..., 26 ans, multipare, entre à la maternité de Cochin le 11 avril 1879. La présentation était celle du sommet en O. I. D. P. L'utérus n'était nullement irrégulier et rien ne faisait soupçonner un vice de conformation par la palpation du ventre. Seulement on constatait aisément que le siège du fœtus était logé dans l'angle gauche où il paraissait fixé, car durant tout le travail il ne changea point de place, et le dos resta constamment tourné en arrière.

Après 22 heures de travail, immédiatement après la sortie du fœtus, qui était petit et ne pesait que 2.450 grammes, il survint une hémorragie et la sage-femme de garde me fit prévenir. Elle me raconta que la position ne s'était pas réduite et que l'occiput s'était dégagé en arrière, que le travail avait

languit pendant un certain temps, les contractions s'étant espacées et étant devenues plus faibles, qu'enfin les douleurs n'avaient repris, énergiques et soutenues, qu'une demi-heure avant la fin.

La femme perdait du sang en assez grande quantité et n'était pas délivrée. J'introduisis ma main dans la matrice pour rechercher le placenta et je reconnus de la manière la plus nette qu'il existait deux loges séparées par un éperon divisant en deux le fond de l'utérus. Le placenta était inséré dans la corne droite.

D'ailleurs l'opération fut facile et je pus sans peine entraîner le délivre. J'eus le temps d'examiner à loisir la cavité utérine et de m'assurer que du côté gauche la paroi était un peu plus mince et plus souple que du côté droit : que le tissu était flasque et ne revenait que fort lentement sur lui-même.

Dès que j'eus débarrassé l'organe du placenta et des caillots qu'il contenait et pratiqué une injection phéniquée dans le vagin, je pus me rendre compte de l'existence d'un léger sillon médian séparant les deux cornes et accusant assez bien la forme bilobée à l'extérieur. La rétraction se fit normalement et le sang ne reparut pas.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XII (Benicke) (L'Obstétrique, 1897).

Utérus didelphe. Hémorragie de la délivrance.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, primipare qui fut examinée par Benicke, au moment du travail. Par le palper on recon-

naît une présentation du sommet en DT. Il est absolument impossible de sentir l'utérus non gravide. Au toucher, on constate que le vagin est divisé en deux conduits par une cloison verticale, celui du côté droit un peu plus étroit. Au fond du vagin gauche est un col presque complètement dilaté. La partie supérieure de la cloison est fortement repoussée à droite par le sommet sur lequel se trouve une grosse bosse séro-sanguine. Le vagin droit conduit à un col dont l'orifice externe circulaire permet l'introduction d'un hystéromètre qui pénètre à 11 centimètres.

En outre, en arrière et à droite de l'utérus gravide, le doigt vaginal arrive vers le fond de l'utérus non gravide qui est en rétroversion. Cette disposition explique comment il était impossible de le sentir par le palper.

Le bassin est rétréci. Les douleurs étant très faibles, on est obligé de pratiquer une application de forceps et on extrait un enfant vivant. Il se produit ensuite une hémorragie qui nécessite la délivrance artificielle.

Après la délivrance et toujours sous le chloroforme, on constate par le toucher combiné au palper, l'indépendance absolue des deux vagins et des deux utérus.

OBSERVATION XIII (Geiss, the Lancet, 1828. Lefort, thèse d'agrégation 1863).

Utérus didelphe. Grossesse gémellaire. Hémorragie de la délivrance.

L... B. ., âgée de 30 ans, d'une constitution robuste, était

en travail depuis deux jours, lorsque le docteur Geiss fut appelé.

Il remarqua que les douleurs étaient limitées au côté droit, dans lequel l'utérus remontait presque jusqu'aux vraies côtes, tandis que du côté gauche, il ne montait pas plus haut que l'ombilic. Les organes génitaux externes étaient régulièrement conformés. Il y avait présentation de l'épaule.

La version fut faite et un enfant bien portant du sexe féminin vint au monde.

Peu après la délivrance, le côté droit de l'abdomen était revenu sur lui-même, tandis que le côté gauche conservait son volume.

Une heure après la naissance de cet enfant, les douleurs du travail recommencèrent et l'on trouva à l'examen que sur le côté du col de l'utérus et complètement distinct de lui, il existait une ouverture circulaire à travers laquelle proéminaient les membranes d'un autre enfant. C'était un garçon arrivé à terme. Après sa naissance, le docteur Geiss ayant introduit la main dans le côté gauche se convainquit qu'elle n'avait pas de communication avec la partie droite de l'utérus qui s'était contractée auparavant. L'utérus gauche se rétracta plus lentement et la patiente perdit beaucoup plus de sang. Deux mois après les deux enfants étaient ainsi que leur mère en parfaite santé. Deux ans après, elle accoucha de nouveau, mais d'un seul enfant.

OBSERVATION XIV (personnelle). (Recueillie à la Maternité de Lariboisière dans le service de M. le Docteur Bonnaire.)

Utérus bicorne. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Hémorragie de la délivrance

La nommée A... M..., âgée de 17 ans, primipare, entre à la Maternité de Lariboisière le 23 décembre 1900, à 3 heures du soir.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant; mère épileptique.

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de 12 ans. Réglée à 15 ans et toujours régulièrement depuis.

Examen général. — Rien de particulier.

Examen obstétrical. — Les dernières règles datent du 28 février au 2 mars. La grossesse est de 8 mois et demi. Urines normales.

La présentation est l'épaule gauche. Tête à droite, dos en avant.

Les membranes étaient rompues à l'arrivée. L'utérus est rétracté, ce qui rend le palper assez difficile. L'utérus est surtout large dans sa partie supérieure et gauche et n'a pas la forme étalée ordinaire de la présentation de l'épaule. Les bruits du cœur sont normaux.

Le toucher est difficile en raison d'un certain degré de vaginisme.

Le promontoire est accessible. Le travail a débuté le 23 dé-

cembre à 10 heures du matin. Au moment de l'entrée, le col est presque complètement effacé et les contractions sont presque nulles. On tente la version par manœuvres externes, mais la mobilisation du fœtus est rendue impossible par la rétraction de l'utérus et la fixation du siège dans la corne utérine gauche.

Pendant le reste de la journée et toute la nuit, on surveille attentivement les bruits du cœur fœtal : les contractions se maintiennent peu énergiques et espacées. Le 24 décembre vers 5 heures du matin, la dilatation est égale à un franc et les douleurs reviennent un peu plus fortes. Les bruits du cœur sont légèrement accélérés. A 10 heures du matin, la dilatation est un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs, mais à partir de ce moment les bruits du cœur ne sont plus perceptibles.

M. Baudron qui remplace M. Bonnaire absent pratique alors la dilatation manuelle et en un quart d'heure la dilatation est complète. Il opère la version par manœuvres internes et extrait un enfant qui ne peut être ranimé.

Le fœtus pesait 2470 grammes. Durée du travail 24 heures

A 10 heures 30 minutes on pratique l'extraction manuelle du placenta, descendu dans le vagin : son poids est de 430 grammes.

Après la sortie du délivre se produit une perte de sang qu'on peut évaluer à environ 150 grammes. On pratique aussitôt une injection intra-utérine à 48° et l'hémorragie cesse. L'examen de l'arrière-faix permet de constater que les membranes présentent tout près du bord placentaire une dépression assez marquée correspondant à l'éperon médian siégeant au fond de l'utérus : puis, à cette dépression fait suite un prolongement

en forme de poche assez profonde, constituée par la partie des membranes qui s'insérait dans la corne utérine droite. Le placenta était implanté au fond de la corne gauche et était en rapport avec le siège du fœtus. L'arrière faix reproduit ainsi très exactement la forme de la cavité utérine et le diagnostic d'utérus bicorne est pleinement confirmé par sa configuration.

OBSERVATION XV (Thèse de Manolescu. 1898).

Utérus bicorne. Hémorragie pendant la délivrance.

A. F. ..., secondipare, âgée de 28 ans, entre à la clinique Baudelocque, le 27 juin 1897.

Pas d'antécédants héréditaires.

Réglée à 15 ans, régulièrement depuis. A eu la rougeole à 2 ans. Son premier accouchement date du 18 septembre 1895, à Baudelocque, d'une fille à terme, spontanément par le sommet. Dernières règles le 29 septembre 1896. Les mouvements actifs ont apparu au commencement de février 1897.

Elle a eu du 29 octobre au 15 décembre 1896 un léger écoulement sanguin qui se répéta trois fois. Pas d'albumine dans les urines. Rien de particulier à l'examen général.

A l'examen obstétrical : seins normaux, ventre moyennement distendu. Forme de l'utérus : bicorne. Présentation du sommet engagé en G. A. Bassin normal.

Le travail débute le 27 juin, à 7 heures du soir.

La dilatation — à son entrée à la salle de travail, vers 9 heures du soir — était comme une pièce de un franc.

La dilatation est complète le 28 juin à 8 h. 40 du matin et

les membranes se rompent spontanément. Liquide amniotique verdâtre.

L'expulsion du fœtus a lieu à 9 heures du matin. Aucune lésion vulvo-périnéale : aucune quantité de sang perdu avant l'expulsion.

Mais la femme perd une quantité assez considérable de sang depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance.

Le placenta se présente par sa face utérine ; on pratique son extraction par expression française, à 9 h. 30. La femme recommence à perdre du sang. Cependant l'état du pouls n'était pas inquiétant. Après l'extraction du placenta, une assez considérable quantité de sang s'écoule derrière et la femme commença à pâlir. Le pouls monta peu à peu jusqu'à 120 ; on fait des injections intra-utérines à 48°.

L'utérus étant bien rétracté quelque temps après M. Bouffe constate sa forme particulière.

Comme particularités, on constate sur le placenta un petit kyste du volume d'un œuf de pigeon sur la face fœtale et contenant un liquide transparent. En outre, quelques caillôts dans les membranes près de l'ouverture de l'œuf ; collerette fibro-graisseuse circonscrivant sur la face fœtale près du cordon un espace de 7 à 8 centimètres de diamètre.

Le placenta pèse 540 grammes.

OBSERVATION XVI (Manolescu. Thèse de Paris. 1898).

Utérus bicorne. Délivrance artificielle faite deux heures après l'expulsion du fœtus. Hémorragie.

La nommée A. B., âgée de 40 ans, secondipare, entre à la clinique le 7 janvier 1897.

M.

4

Antécédents héréditaires. — Père mort de diabète. Mère bien portante ; un frère et une sœur morts de maladie de cœur.

Réglée à 15 ans, mais toujours irrégulièrement depuis.

Comme antécédents pathologiques, il faut noter une bronchite chronique déjà ancienne et une gastrite alcoolique.

Antécédents obstétricaux. — Son premier accouchement date du mois de novembre 1894 ; accouchée à 8 mois, hémorragie — délivrance artificielle — enfant vivant.

Grossesse actuelle : Les dernières règles datent du 12 au 15 mai. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen général, on trouve de gros râles bulleux disséminés dans les deux poumons. Les autres organes sont normaux.

A l'examen obstétrical, on trouve les seins et le ventre normaux. Par le palper, on détermine plus ou moins bien la forme de l'utérus qui est bicorné. Bassin normal. Présentation du sommet en G. T.

Le début du travail a lieu à midi le 12 janvier.

Rupture spontanée des membranes, à 7 h. 1/2 du soir, la dilatation étant alors comme une pièce de 5 francs. Liquide amniotique normal.

Dilatation complète à 9 heures du soir. L'expulsion du fœtus a lieu quelques minutes après.

La quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance est assez notable. A 11 heures du soir, deux heures après l'expulsion, on pratique la délivrance artificielle. Le poulx à ce moment est à 92. On trouve le placenta adhérent sur toute la face antérieure de l'utérus : pendant le décollement, il y eut peu d'écoulement sanguin : le placenta s'insère en partie dans la corne droite, laquelle est beaucoup plus

développée que la gauche. Le placenta pèse 500 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII (Manolescu, thèse de Paris, 1898).

(Utérus bicorne. Hémorragie. Délivrance artificielle).

La nommée B... C.., primipare, âgée de 26 ans, entre à la clinique Baudelocque, le 30 août 1896 à 4 heures du matin.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à 15 ans 1/2, irrégulièrement depuis.

Dernières règles du 17 novembre 1895. Il n'y a eu aucune complication pendant la grossesse. Présentation du sommet engagé en DP.

Début du travail le 29 août 1896 à 1 heure du matin. La dilatation est complète, le 30 août à 9 heures du matin. On pratique la rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. L'expulsion du fœtus a lieu le 30 août à 11 h. 45 du matin. Durée totale du travail : 34 heures.

La quantité de sang perdu avant l'expulsion est nulle, mais la femme en perd une quantité assez abondante depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance. A 1 heure du soir, on pratique la délivrance artificielle : le pouls monte à 104. La quantité de sang perdu pendant la période de délivrance est assez considérable.

En examinant l'arrière-faix, on constate deux masses placentaires qui ont logé l'une dans la corne droite, l'autre dans la corne gauche. Les deux masses sont réunies par des

vaisseaux. Le cordon s'insère presque au bord de la plus grosse masse placentaire ; il présente un méso. Sur cette masse, on remarque en même temps un kyste de la face fœtale.

Le placenta pèse 600 grammes.

OBSERVATION XVIII (Gautrelet. Thèse de Paris, 1895).

Utérus cordiforme. Hémorragie considérable de la délivrance.

Primipare, âgée de 23 ans. Présentation : Sommet.

Examen général. — Rien de particulier.

Réglée à 14 ans très irrégulièrement. Durée du travail, 33 heures. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.

Extraction du placenta par expression une heure après l'expulsion.

Membranes complètes, déchirées, mensuration impossible. Enfant vivant.

Pendant la délivrance la femme a perdu une quantité considérable de sang, 1.200 grammes environ. Les membranes contiennent beaucoup de caillots. L'hémorragie continue après la délivrance. En regardant le placenta, on s'aperçoit qu'il manque deux cotylédons : on introduit la main dans l'utérus et on les décolle avec beaucoup de difficultés.

L'hémorragie s'arrête. Injection intra-utérine.

OBSERVATION XIX

Utérus bicorne. Hémorragie de la délivrance.

Primipare, âgée de 23 ans. Présentation du sommet.

Examen général. — Œdème des membres inférieurs sans albuminurie.

Réglée à 18 ans régulièrement. Durée du travail : 20 heures. Rupture précoce des membranes. Extraction simple du placenta, une demi-heure après l'expulsion.

Membranes dissociées, déchirées, ne pouvant être mesurées. Enfant vivant.

De l'expulsion jusqu'à la délivrance, la femme a perdu une quantité de sang assez considérable, le placenta se présentant par son bord.

OBSERVATION XX (Fonctionnement de la clinique Baudelocque. 1898).

Utérus bicorne. Hémorragie. Délivrance artificielle.

M. L..., III pare, 22 ans, entre à la clinique le 29 août 1898 à 6 h. 30 du matin.

Le premier accouchement a été terminé par une application de forceps.

Deuxième accouchement : spontané ; hémorragie grave après l'accouchement.

Grossesse actuelle : D. R. 27-30 novembre 1897.

Présentation du sommet en G. A. Dilatation à l'entrée : égale à une pièce de 5 francs ; membranes intactes ; utérus bicorne ; corne droite très développée.

Dilatation complète à midi : expulsion à midi 50 d'une fille vivante pesant 3.430 grammes.

A 1 h. 20, le placenta ne s'engage pas ; il est inséré dans la corne droite. Comme la malade perd du sang, on essaie de faire la délivrance par expression française ; ne pouvant y arriver, M^{lle} Roze fait la délivrance artificielle. Le placenta était en partie décollé, la partie adhérente était dans la corne droite. Injection intra-utérine. T : 37° 5. P. 96

Le placenta pèse 520 grammes.

Suites de couches ; du 3^e au 10^e jour, température dépassant 38° (5^e jour, 39° 2. 8^e jour, 39° 3). Le 3 septembre au soir, curettage sous chloroforme ; nombreux débris. Sérum A, 30 grammes en injection sous-cutanée. Partie en bon état le 17^e jour.

OBSERVATION XXI (Manolescu. Thèse de Paris. 1898).

Utérus cordiforme. Hémorragie. Délivrance artificielle. Mort.

La nommée A. D..., primipare, âgée de 20 ans, fleuriste de profession, entre à la salle de travail le 27 juin 1897. Rien à signaler comme antécédents héréditaires.

Elle a été réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

Les dernières règles datent du 12 au 15 septembre 1896. Aucun accident, ni complication pendant la grossesse. Pas

d'albumine dans les urines. A l'examen général, tous les organes sont normaux.

A l'examen obstétrical, on trouve les seins normaux, le ventre normalement distendu et l'utérus d'apparence cordiforme. La présentation est un sommet engagé en G. A Bassin normal.

La femme est entrée à la salle de travail le 27 juin à 1 heure du matin. Début du travail, le 26 juin à 6 heures du soir.

A l'entrée, la dilatation égale une pièce de 5 francs.

Dilatation complète le 27 juin à 8 heures du matin. On fait la rupture artificielle des membranes à la dilatation complète ; il s'écoule un liquide amniotique normal.

L'expulsion du fœtus a lieu le 27 juin à 8 h. 30 du matin. Durée totale du travail : 15 heures.

Il n'y a aucune lésion vulvo-périnéale et la quantité de sang perdu avant l'expulsion est nulle. Mais depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance, la femme perd une quantité considérable de sang. Trente minutes après l'expulsion du fœtus, le pouls qui jusqu'alors était normal s'élève tout d'un coup pour atteindre 96 pulsations. L'utérus contient quelques caillots ; on fait une injection vaginale chaude. Très rapidement après, la femme perd une grande quantité de sang et le pouls atteint 112 puis 120 pulsations, ce qui nécessite la délivrance artificielle. Le placenta est étalé en partie décollé, mais une autre partie est adhérente dans la loge droite de l'utérus et sur sa face antérieure. Pendant la délivrance, le pouls atteint 134 pulsations.

Après la délivrance, on fait une injection intra-utérine très chaude et prolongée ; la femme ne perd plus après.

Le placenta de forme irrégulière, étalé, pèse 520 grammes :

l'enfant du sexe masculin et bien conformé pèse 3.380 grammes.

Suites de couches. Le 29 juin, fissures des mamelons et lymphangite du sein gauche. Injection intra-utérine le matin : le liquide ressort très clair ; 20 grammes de sérum A. Le soir, injection intra-utérine : le liquide ressort en ramenant de nombreux débris de petit volume : 20 grammes de sérum A.

Le 30 juin. Injection intra-utérine, curettage par M. Bouffe, qui retire peu de débris n'ayant aucune odeur : le col utérin est tomenteux et couvert d'enduits blanchâtres.

Le 1^{er} juillet à 10 heures du matin : 40 grammes de sérum. Vomissements fréquents. A 2 heures $P = 140$, $R = 30$. Température $39^{\circ}5$. 30 grammes de sérum. A 6 heures injection intra-utérine ; le liquide sort un peu trouble, à peine quelques menus débris. Vomissements jaunâtres et diarrhée pendant une partie de la journée ; cataplasmes chauds et onguent napolitain sur l'abdomen. Sérum de Marmoreck, 30 grammes.

Le 2 juillet à 5 h. 30 température 39° . Injection de 20 grammes de sérum ; à 2 heures $39^{\circ}6$.

Depuis le 2 juillet, la malade a du délire et une espèce de bégaiement qui rend ses paroles incompréhensibles.

Le 3 juillet le délire persiste : la langue est humide mais sale. On fait le matin une piqûre de morphine et 20 grammes de sérum. A 5 heures du soir, 40 grammes de sérum ; transpirations abondantes.

Mort le 4 juillet.

Autopsie. — Les intestins se présentent avec leur coloration normale sans vascularisation. On trouve dans le péritoine quelques cuillerées de liquide séro-sanguinolent. La vessie est très distendue, pleine de liquide : 700 grammes.

Dans l'épaisseur de la paroi postérieure de la vessie, près du trigone vésical, rugosités de couleur brunâtre.

Parois vaginales saines en apparence. Les parois utérines sont très molles, flasques, et à la compression il en sort du pus phlegmoneux, particulièrement de la loge gauche ainsi que du côté droit.

À l'ouverture du thorax, on trouve pour le poumon gauche des fausses membranes pleurétiques, ainsi qu'un épanchement séro-sanguinolent analogue à celui qui a été trouvé dans la cavité abdominale. Le poumon est en outre un peu œdémateux. Pour le poumon droit, des fausses membranes pleurétiques en avant et des adhérences interlobaires.

OBSERVATION XXII (Manolescu, thèse de Paris, 1898)

Utérus cordiforme. Hémorragie de la délivrance.

M. B..., primipare, 17 ans, entre à la clinique le 25 octobre 1896 à 2 heures du soir.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Réglée à 14 ans 1/2 régulièrement.

Dernières règles du 1^{er} au 3 février.

La grossesse est à terme et a été marquée au 3^e mois de pertes de sang qui sont survenues pendant la nuit.

Pas d'albumine dans les urines.

À l'examen obstétrical, on voit que l'utérus présente un aspect cordiforme caractéristique. Tension assez considérable des parois.

La présentation est un siège non engagé en D. T.

Bassin normal.

A son entrée, la dilatation égale une pièce de 2 francs.

Rupture spontanée des membranes à 4 h. 30 minutes.

Dilatation complète à 6 h. 30 du soir.

L'expulsion du fœtus a lieu à 7 heures du soir (on intervient seulement pour le dégagement de la tête).

La quantité de sang perdu depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance est assez abondante. Le placenta se présentant par son bord, on pratique à 7 heures 40, l'extraction par expression française.

Il s'écoule une quantité assez considérable de sang pendant la délivrance.

Le placenta de forme ellipsoïdale, pèse 400 grammes. Suites de couches normales.

La cause principale des hémorragies souvent considérables qui se sont produites au moment de la délivrance dans les cas qui précédent est l'inertie utérine consécutive à l'expulsion du fœtus. Sous l'influence de cette inertie la rétraction de l'utérus ne se fait pas d'une manière suffisante : les parois restent molles, flasques, au lieu de se contracter pour donner le globe utérin de consistance dure, ligneuse, qu'on rencontre dans les cas normaux. L'utérus ne revient pas sur lui-même et conserve un volume qu'il n'a pas lorsque tout se passe régulièrement.

En outre le décollement du placenta et des membranes se fait mal ou incomplètement et les vaisseaux au lieu d'être comprimés par l'effort musculaire restent

largement ouverts et laissent le sang s'écouler en nappe. L'hémorragie est souvent très abondante comme le montrent les observations que nous rapportons et elle a nécessité la plupart du temps la délivrance artificielle. Dans les cas relatés aux observations XI, XVI, XVII, XX, XXI, l'écoulement de sang fut même si considérable que la vie de la femme était en danger.

Outre l'hémorragie, l'inertie est une cause de retard dans l'expulsion de l'arrière-faix. Dans l'observation XVI, le placenta n'était pas encore décollé deux heures après la sortie du fœtus : dans l'observation XVIII deux cotylédons restaient également adhérents à la paroi et leur extraction fut très difficile. Enfin dans les observations XX et XXI, l'inertie utérine était surtout prononcée au niveau de la corne droite de l'utérus et l'adhérence du placenta n'existait qu'en ce point. Ce détail mérite d'être signalé et il a une importance considérable. Les cornes utérines constituent le point le plus faible de l'organe. Leur paroi présente en effet une épaisseur peu marquée et elle est le siège d'une distension anormale et poussée en quelque sorte au maximum dans les cas surtout où une seule corne est gravige. Si l'on considère de plus que le placenta y a très souvent son implantation et que de ce fait la paroi s'en trouve d'autant amincie, il faudra s'attendre à y rencontrer, pour ainsi dire d'une façon constante, de l'inertie au moment de la délivrance. Quant à l'inertie qui atteint le reste de la paroi utérine, elle tient à une seule cause : la longueur du travail.

Dans les observations XI, XVII, XVIII, XXI, nous

voyons le travail durer respectivement 22 heures, 34 heures, 33 heures, 15 heures et dans ces cas il s'agit de présentation du sommet en position soit antérieure, soit postérieure. Et cette longueur du travail est sous la dépendance directe de la malformation utérine elle-même ; celle-ci favorise l'irrégularité des contractions, leur faiblesse, leur rareté. De plus, il y a en quelque sorte asymétrie et inégalité des contractions comme il ya asymétrie des parois utérines.

Notons aussi que dans les utérus didelphes et dans les utérus bicornes avec échancrure médiane très profonde, lorsqu'une seule cavité est gravide, la cavité vide gêne considérablement le travail et l'expulsion. Il en est de même de la cloison qui vient dans certains cas faire obstacle devant la présentation et rendre ainsi toute progression impossible. Si à toutes les causes que nous venons d'énumérer, on ajoute la rupture prématurée fréquente des membranes, on ne sera pas surpris de voir la dilatation se faire lentement et le travail trainer en longueur. L'utérus ainsi fatigué se laissera souvent atteindre d'inertie même pendant le travail et il sera nécessaire d'intervenir dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Alors même que l'expulsion aura été menée à bonne fin, il ne faudra pas toujours compter sur une bonne terminaison de l'accouchement, et l'inertie, pour être tardive, n'en occasionnera pas moins des accidents souvent redoutables. La vie de la femme sera directement menacée et si l'hémorragie vient s'ajouter à l'épuisement causé par la longueur du travail, le danger sera imminent et nécessitera de la

part de l'accoucheur une intervention rapide et efficace.

Nous devons dire quelques mots maintenant de l'hémorragie provenant de la cloison déchirée au cours de l'expulsion. Cette hémorragie peut dans certains cas être assez sérieuse et en venant s'ajouter à celle de la délivrance proprement dite, apporter une complication nouvelle. On ne la rencontrera que dans les utérus doubles au vrai sens du mot, c'est-à-dire dans l'utérus didelphe, dans l'utérus globularis bipartitus ou septus et dans l'utérus bicorne avec dépression médiane descendant tout près du col. Souvent en effet, dans ces variétés la cloison utérine se prolonge dans le col et le vagin. Elle est dilacérée, rompue au passage du fœtus et l'hémostase s'y fait d'une manière insuffisante en raison du petit nombre de fibres musculaires qu'on y rencontre. Cette hémorragie est, en général, beaucoup moins grave que celle produite par l'inertie utérine, mais il faudra en tenir compte cependant et intervenir s'il est nécessaire.

En raison de ce qui précède nous pouvons établir une comparaison entre les différentes malformations utérines au point de vue de la gravité de l'hémorragie qui peut s'y déclarer au moment de la délivrance.

Les variétés bicorne et cordiforme sont celles où elle se produira le plus fréquemment parce que ce sont elles qui offrent le plus de dissemblance avec l'utérus normal, que les présentations vicieuses par excellence (tronc et épaule) s'y produisent plus souvent que dans les autres, que le travail y est plus long et plus labo-

rieux et qu'en conséquence il en résultera de l'inertie utérine souvent complète et prolongée.

§ IV. — *Rétention et enchatonnement du placenta.*

Nous venons de voir avec quelle fréquence l'hémorragie apparaît à la période de délivrance dans les malformations utérines et quelles sont les principales causes de cette hémorragie. Mais dans tous ces cas l'expulsion de l'arrière-faix a eu lieu sans difficulté, ou du moins si on a dû pratiquer la délivrance artificielle, on a pu sans trop de peine extraire le placenta et ses annexes. Il n'en est pas malheureusement toujours ainsi et aux anomalies de l'utérus se rattache une autre variété de complications de la délivrance dont l'étude présente un grand intérêt : c'est le retard de la délivrance et la rétention du placenta par enchatonnement. Il est assez difficile de définir la rétention placentaire. Normalement le placenta reste dans l'utérus un certain temps après l'expulsion fœtale : ce n'est pas la rétention placentaire. Pour qu'il y ait rétention, il faut que l'utérus conserve le délivre dans sa cavité au delà du temps habituel. Or les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'utérus est en général débarrassé du placenta au maximum deux heures après l'expulsion du fœtus : passé ce temps on peut dire qu'il y a rétention placentaire. Celle-ci reconnaît un certain nombre de causes et les malformations utérines en sont une des

principales. Deux facteurs principaux interviennent dans ce cas particulier, l'inertie utérine et une contraction localisée à une partie de l'organe. Le plus souvent ces deux causes sont associées pour produire l'enchatonnement du placenta et empêcher son expulsion. C'est là avec l'hémorragie la complication la plus redoutable de la délivrance dans les anomalies de l'utérus, mais si l'hémorragie se produit indistinctement dans toutes les variétés, quoique sa fréquence ne soit pas la même pour toutes, il n'en est pas de même de l'enchatonnement et à ce point de vue ce sont les utérus bicornes et cordiformes qui fournissent le plus d'exemples de cette complication. Ces contractions spasmodiques localisées à certaines parties de l'utérus ont été étudiées depuis longtemps par les auteurs. Peu les attribuait à une malformation congénitale de l'organe. Mauriceau a signalé la contraction de l'orifice interne avant la délivrance. Levret, qui a créé le mot enchatonnement, l'attribuait à l'insertion latérale du placenta et au passage difficile et prolongé de la tête à travers la filière du bassin. Kussmaul et Stoltz admettaient que l'enchatonnement ne se recontrait que dans le cas où l'insertion placentaire avait lieu dans les cornes utérines. Pour Guillemot et Velpeau ce serait à la tendance que possède l'utérus de prendre au milieu de ses contractions la forme des corps qu'il contient et de se mouler exactement sur leur masse qu'il faudrait rapporter l'origine de l'enchatonnement. D'un autre côté, la plupart des auteurs modernes admettent que la matrice se contracte dans toutes les par-

ties de ses parois à l'exception de celle où adhère le placenta qui se trouve par conséquent resserré par tous les points contractants et renfermé dans une sorte de bourse ou kyste. L'enchatonnement serait ainsi possible dans n'importe quelle région du corps utérin. Quoi qu'il en soit, on peut résumer et réduire à trois les diverses opinions émises sur cette question. L'enchatonnement serait dû à l'insertion du placenta dans une corne utérine avec contraction spasmodique des fibres circulaires qu'on trouve à ce niveau : à la contraction spasmodique d'une portion quelconque du corps de l'utérus depuis le fond jusqu'à son orifice interne : ou bien enfin aux adhérences du placenta. Les cas que nous rapportons trouvent leur explication dans la première théorie que nous venons de mentionner.

OBSERVATION XXIII (Bernard. Thèse de Paris, 1897).

*Utérus cordiforme. Vagin double, Présentation du siège.
Difficulté de la délivrance.*

P... C., 18 ans, blanchisseuse, primipare.

Rien à signaler dans ses antécédents. Réglée à 13 ans, et toujours régulièrement depuis.

Dernières règles du 19 au 22 août 1897. Pas d'albuminurie.

Entre à Baudelocque, le 20 avril 1898. L'utérus présente deux cornes : sa hauteur sur la ligne médiane est de 28 centi-

mètres ; sur la corne droite de 34 centimètres ; sur la corne gauche de 32. Le fœtus est en position S I D, la tête étant dans la corne droite. Une cloison musculeuse sépare le vagin en deux demi-vagins inégaux et vient s'insérer à la partie postéro-inférieure du vagin au-dessus d'un orifice qui s'ouvre dans le vestibule et communique avec le rectum. Au niveau de l'anus se trouve une légère dépression fermée par un diaphragme imperforé.

Le 4 mai 1898 à 7 heures du soir, cette femme éprouvant des douleurs, rentre à la clinique d'où elle était sortie pour quelques jours. A 9 heures du soir, le toucher pratiqué dans le vagin gauche fait constater un col en voie d'effacement et perméable.

Le vagin droit est à son tour exploré et on y trouve un col beaucoup plus petit et fermé. Le toucher n'est plus pratiqué jusqu'à la rupture des membranes. A ce moment M. Baudron, chef de clinique, pratique le toucher successivement dans les deux vagins et constate que l'un et l'autre conduisent sur un siège dont les caractères sont surtout perceptibles par le vagin gauche. L'index gauche introduit un peu plus profondément dans le vagin droit, accroche le bord supérieur de la cloison qui sépare les deux vagins, et ce doigt recourbé en crochet est ramené dans le vagin gauche : la même manœuvre est aussi facilement exécutée du vagin gauche au vagin droit. Le fœtus dont l'extrémité pelvienne remplit le segment inférieur est pour ainsi dire assis sur la cloison qui sépare les deux demi-vagins et qui s'insérant en haut sur le col, transforme l'orifice externe en un orifice en huit de chiffre dont les deux boucles sont inégalement dilatées, mais qui réunies donneront un orifice unique complètement dilaté. Pour cela, il suffit de

sectionner la cloison. La femme est anesthésiée et la cloison est sectionnée aux ciseaux entre deux pinces placées surtout pour que la section soit régulière et sans échappées. A la dilatation complète, on enlève les pinces et l'enfant est extrait facilement. Après la sortie du fœtus, M. Baudron explore la cavité utérine. Il n'y a qu'un seul col. La cavité du corps est en partie cloisonnée par un éperon faisant une saillie d'environ 5 centimètres et séparant la corne droite plus développée où se trouvait le fœtus presque en totalité, de la corne gauche où le placenta est inséré.

La délivrance artificielle pratiquée immédiatement par M. Baudron est rendue assez difficile par la contraction de la corne utérine gauche dans laquelle le placenta est pour ainsi enchatonné. Une injection intra-utérine prolongée est faite successivement dans chaque corne : puis on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

OBSERVATION XXIV (Bourrus, thèse de Bordeaux, 1891).
Résumée.

*Utérus bicorne. Application de forceps. Enchatonnement
du placenta. Hémorrhagie. Délivrance artificielle.*

Amélie C. , 27 ans, domestique, primipare, entre à la maternité de l'hôpital St-André, le 23 octobre 1890. Antécédents héréditaires bons.

Antécédents personnels. Réglée à 16 ans et régulièrement depuis. Pneumonie à 17 ans et à 22 ans.

Dernières règles, 20 mars 1890. Elle a eu des vomissements

entre le 2^e et le 4^e mois ; depuis lors la grossesse a été normale.

Rien de particulier à l'examen général.

Examen obstétrical : au palper, on constate que l'utérus est très fortement dirigé vers la gauche ; il est presque cylindrique et remonte jusque sous les fausses côtes : il contient le tronc et le siège du fœtus qui sont fortement serrés. A droite, attenant à l'utérus dont elle est séparée superficiellement par un sillon, se trouve une tumeur mollassse, arrondie et qui ne renferme aucune partie fœtale.

Une ligne menée de la symphyse pubienne au fond de l'utérus à gauche mesure 34 centimètres, tandis qu'une ligne menée du même point à la partie supérieure de la tumeur droite mesure 22 centimètres.

La présentation est un sommet en G T, mobile ; bassin normal. Le 16 novembre, on constate que la tumeur existant à droite s'est notablement développée ; elle a durci et en la palpant attentivement, on se rend compte d'une façon très nette qu'elle est constituée par une corne utérine rudimentaire dans laquelle est venue se loger la tête fœtale. Le siège est au fond de la corne utérine gauche : le dos est en avant et il s'agit alors d'une présentation de l'épaule gauche, tête à droite. Au toucher, on arrive facilement sur le col qui est presque effacé et entr'ouvert : on rencontre alors les membranes qui sont excessivement tendues. On n'atteint aucune partie fœtale. Le docteur Oui, chef de clinique, essaie de ramener, à l'aide de manœuvres externes, la tête au détroit supérieur ; il ne peut y parvenir.

Le lendemain, M. le professeur Moussous tente de nouveau la version, mais la tête ne se laisse pas mobiliser.

Le 27 novembre au matin, la corne droite de l'utérus paraît moins étendue en hauteur et en largeur. Au toucher, on trouve le col effacé. Le même jour à midi 30, rupture spontanée des membranes. A 1 heure, les douleurs sont plus fortes et la malade entre à la salle de travail. A ce moment le coude est procident dans le vagin. A 3 h. 45 le bras est en entier hors de l'orifice utérin, mais toujours replié : de plus on trouve à gauche et en avant l'orifice buccal nettement caractérisé par les rebords alvéolaires. La main est appuyée sur la face. La dilatation est de 3 centimètres environ. Le col est très dilatable. Il s'agit alors d'une présentation de la face en M. I. G. A. A 8 h 1/2, présentation très engagée : le bras conserve la même situation. A 10 heures, dilatation complète : contractions assez énergiques, mais très espacées. A 11 heures, le travail s'est arrêté : les contractions sont faibles, espacées, irrégulières. La présentation ne descend plus. A minuit, la femme est épuisée : contractions presque nulles ; les bruits du cœur fœtal jusque-là forts et rapides, diminuent d'intensité et de fréquence. On décide d'intervenir. La femme est anesthésiée et le docteur Oui fait alors une application oblique du forceps de Tarnier, application rendue difficile par la procidence du bras et la rétraction sur le cou du fœtus du pourtour de l'orifice utérin. L'enfant naît en état de mort apparente mais est ranimé après 25 minutes de manœuvres répétées. Pendant ce temps, l'utérus qui s'était contracté imparfaitement aussitôt après l'extraction du fœtus, se ramollit tout d'un coup et sous l'influence d'une pression exercée sur les parois, on voit s'écouler un jet de sang abondant. Immédiatement, se guidant sur le cordon tendu, le docteur Oui introduit la main dans l'utérus et la dirige vers la

corne gauche dans laquelle est inséré le placenta. Il trouve vers la partie moyenne de cette corne un anneau contracturé très étroit dans lequel il parvient à introduire deux doigts : il sent alors une partie du placenta qui s'est décollée et qui pend dans la partie inerte de l'utérus. Alors, une main étant appuyée sur l'abdomen, il commence peu à peu à décoller la partie adhérente du placenta. L'anneau contracturé s'étant un peu relâché, les autres doigts sont introduits successivement et continuent le décollement. Mais au bout de quelques minutes, les doigts fatigués par la compression qu'ils subissent, demeurent impuissants à continuer ce décollement, d'autant plus que les adhérences du placenta sont plus serrées à mesure qu'on avance vers le point d'insertion du cordon.

La moindre traction sur le placenta se fait sentir immédiatement sur le fond de l'utérus inerte et on se rend compte d'une façon évidente que ces tractions prolongées amèneraient une inversion utérine.

Le docteur Oui nous prie alors de compléter le décollement placentaire : introduisant la main dans l'utérus, nous achevons le décollement et amenons au dehors le placenta et les membranes.

La femme a perdu une certaine quantité de sang ; son pouls est rapide et petit. La corne gauche ne se contracte pas encore très bien ; on fait une injection intra-utérine de sublimé à 40° et une injection hypodermique d'éther. L'hémorragie s'arrête complètement.

Le placenta pesait 350 grammes. Les membranes quoique un peu déchirées paraissaient complètes.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XXV (Bourrus, Thèse de Bordeaux, 1891)

Communiquée par le Docteur Hirigoyen, Chirurgien de la Maternité de Bordeaux.

*Utérus bicorne. Deux grossesses. Deux présentations du siège.
Enchalonement du placenta. Hémorragie.*

M^{me} S..., primipare, âgée de 20 ans, est à terme au mois de septembre 1887, lorsque le travail débute par la rupture spontanée de la poche des eaux. La dilatation marche lentement : le médecin traitant de la malade constate une présentation du siège et me fait appeler pour l'aider dans l'accouchement de sa cliente, 24 heures après le début du travail, quand le siège complet est profondément engagé.

Mon confrère termine l'accouchement et extrait un enfant peu volumineux qui arrive cependant en état de mort apparente. Je me charge de l'enfant et au bout de 25 minutes d'insufflation, la respiration s'effectue d'une façon satisfaisante.

Pendant que j'étais occupé à ces soins, la délivrance ne s'était pas effectuée sans difficulté. Une hémorragie considérable s'était produite, qui avait nécessité l'introduction de la main dans l'utérus pour en extraire le placenta.

Rien de particulier ne fut noté à ce moment et au bout de quelques jours, la femme était complètement guérie sans avoir présenté d'accidents.

Trois mois après ce premier accouchement M^{me} S..., devient

enceinte pour la seconde fois et sa grossesse évolue sans accidents.

Vers le septième mois, une douleur assez vive est ressentie de temps en temps dans le côté droit de l'abdomen et le médecin de la malade est consulté. Il constate l'existence d'une présentation du siège et essaie à plusieurs jours d'intervalle, mais sans succès, une version par manœuvres externes.

Le 19 octobre 1890, à midi, le travail commence. A 3 heures je suis appelé pour remplacer mon confrère absent. Je trouve la femme très agitée, et réclamant à grands cris du chloroforme.

La dilatation est à moitié effectuée. La présentation est un siège complet en G A. J'administre du chloroforme à petites doses, le calme revient et à 5 heures je puis terminer l'accouchement. L'enfant, volumineux, fut extrait avec beaucoup de peine. Le dégagement des deux bras relevés et de la tête fut assez long : l'enfant vint mort.

Une demi-heure après, la délivrance n'étant pas faite et la malade commençant à perdre du sang, je me décide à la délivrer immédiatement. Ma main pénètre facilement dans la cavité utérine, mais je ne rencontre pas le placenta ; je porte la main très haut, l'avant-bras introduit dans les parties génitales, et je constate alors que la corne droite est refermée sur le placenta qu'elle contient dans son angle supérieur, en formant une sorte de poche surajoutée à la cavité utérine, et fermée comme une bourse, par un repli musculaire saillant et très résistant, au centre duquel passent le cordon et les membranes. Il m'est impossible de faire pénétrer les doigts dans cette corne resserrée dont le placenta ne peut sortir. Et pendant ce temps

la femme perd abondamment. Presque subitement son état devient des plus graves; elle est pâle, défaillante, sur le point de mourir. A plusieurs reprises j'introduis de nouveau la main jusqu'au fond de l'utérus et je ne puis ramener que quelques fragments du placenta et des membranes, la plus grande partie des annexes restant emprisonnée dans une cavité inaccessible.

De 5 heures à 11 heures du soir, je reste auprès de la malade pour lui donner les soins que réclame son état : elle était en danger de mort immédiate; injections chaudes, injections d'éther, compression des vaisseaux des membres, élévation des bras, etc... A 11 heures du soir, c'est-à-dire, six heures après l'accouchement, après une hémorragie des plus graves par son abondance et sa durée, je profite d'une petite reprise des forces pour tenter encore de délivrer la femme; mais c'est en vain, la porte ne veut pas s'ouvrir et le placenta reste enfoncé. Heureusement l'hémorragie semble diminuer et vu la faiblesse extrême de la malade, je me décide à abandonner le placenta dans la loge où il est retenu et à faire commencer immédiatement des injections antiseptiques chaudes et très fréquemment répétées. Craignant que la moindre inertie utérine ne vint enlever à la femme les dernières gouttes de sang qui lui restaient, je fis après avoir beaucoup hésité, deux injections sous-cutanées d'ergotine.

La fin de la nuit se passa sans qu'aucune perte nouvelle survint : l'état général devint un peu meilleur et le lendemain matin à six heures, à la suite de contractions fortes et douloureuses, le placenta put franchir le collet qui l'enserrait, tomber dans la cavité vaginale et être expulsé au dehors sans hémorragie.

Quand je revis la femme le matin, elle présentait des troubles nerveux très pénibles, vomissements, douleur stomacale, défaillances fréquentes. Pendant trois jours, sans que les lochies aient offert la moindre fétidité, sans que la matrice fût douloureuse, il y eut chaque jour un accès de fièvre à 39°8. Ces accès ont cédé sous l'influence de la quinine et peuvent se rapporter à une intoxication paludéenne qui avait existé autrefois. A partir du quatrième jour après l'accouchement, la fièvre ne s'est plus montrée. Le 1^{er} novembre, une douleur vive s'irradiant jusqu'aux lombes du côté droit a été ressentie dans le membre inférieur droit jusqu'au genou avec sensation d'engourdissement et de froid. Cette douleur semble devoir être mise sur le compte de la compression des troncs nerveux pendant le travail et l'introduction répétée de la main dans l'utérus. Les jours suivants tous les troubles ont disparu et la guérison a été obtenue sans aucun autre accident. Pendant toute la durée de l'involution utérine, il a été possible de constater que la corne droite offrait une saillie appréciable à l'angle droit de l'utérus ; peu à peu, cette saillie s'est réduite et a disparu alors que la matrice a repris sa situation dans le bassin.

OBSERVATION XXVI (*Annales de la société obstétricale de France* 1895. Communication faite par M. le docteur Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; accoucheur des hôpitaux).

Insertion et enclavement du placenta dans une corne utérine anormalement développée, avec disposition singulière du délivre.

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui a été amenée à la mater-

nité de Lariboisière le 1^{er} avril 1895, accouchée mais non délivrée, et dans un état assez grave.

Cette femme a eu à l'âge de 25 ans une première grossesse qui s'est terminée à deux mois environ par un avortement.

Devenue enceinte de nouveau, elle a eu ses dernières règles du 18 au 22 août 1894. Dès le début de cette grossesse, elle a été atteinte de bronchite et a souffert de vomissements fréquents.

Le 22 janvier, à cinq mois de gestation, elle a eu une perte sanguine insignifiante; mais le 25 du même mois, étant couchée, elle s'est sentie subitement mouillée, et a perdu abondamment du sang liquide et quelques gros caillots: elle dit n'avoir éprouvé à ce moment aucune douleur.

Une sage-femme appelée a prescrit des injections de sublimé et un lavement laudanisé. Les pertes ont continué pendant 17 jours, mais seulement sous forme d'un suintement sanguinolent.

Le 20 février, après quelques jours passés sans perte, une nouvelle hémorragie est survenue, moins abondante que la précédente, accompagnée également de caillots, et l'écoulement sanguin a duré six jours. Puis tout est rentré dans l'ordre.

Un mois plus tard, le 31 mars, au matin, cette femme, encore couchée, a perdu de l'eau en abondance: les membranes venaient de se rompre prématurément. La grossesse était alors de 7 mois environ. Le même jour, à midi, apparaissaient quelques petites contractions utérines douloureuses, puis le travail continua, et les douleurs ne tardèrent pas à prendre une grande intensité.

Le 1^{er} avril, à 4 h. 30 du matin, l'accouchement auquel

présidait une sage-femme se faisait spontanément ; l'enfant était une fille vivante du poids de 1 460 grammes

Une demi-heure plus tard, à 5 heures du matin, la sage-femme trouvant que la délivrance tardait à se faire, exerce des tractions sur le cordon ; sous l'influence de ces tractions, le cordon se casse et est arraché avec un grand lambeau de membranes. La sage-femme introduit alors la main dans le vagin et cherche à faire la délivrance : mais elle ne réussit qu'à décoller une très faible portion du placenta, et une hémorragie abondante succède à ces manœuvres auxquelles elle est obligée de renoncer.

Un médecin est appelé ; il essaie également de pratiquer la délivrance artificielle : mais il ne parvient pas à pénétrer dans l'utérus dont il trouve le col fermé et il envoie la malade à l'hôpital.

La patiente arrive dans le service à midi. Elle est pâle, anémiée ; ses muqueuses sont décolorées, mais elle ne perd plus. Pendant qu'on remonte ses forces, qu'on fait la désinfection des organes génitaux, qu'on lui donne enfin les premiers soins nécessaires, mon interne m'envoie prévenir.

Ne pouvant me rendre à Lariboisière, je réponds de tenter la délivrance sous le chloroforme, de façon à vaincre si possible la résistance du col : si la délivrance ne peut être effectuée, je conseille l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes.

M. Jorand, mon interne, se conforme à ces prescriptions. Il tente d'abord la délivrance ; il pénètre dans le col mais il est immédiatement arrêté par une rétraction de l'anneau de Bandl telle que c'est à peine s'il peut faire pénétrer un doigt dans l'utérus.

Il procède alors à l'application d'un ballon de Champetier

qu'il distend avec 350 à 400 grammes d'eau. Il est 1 h. 30 de l'après-midi. Le ballon reste en place jusque vers 6 heures du soir ; aucune hémorragie n'a lieu ; la femme éprouve quelques contractions douloureuses. A 6 heures., des tractions exercées sur la tige du ballon l'amènent au dehors, mais la dilatation du col n'est pas encore suffisante pour qu'on puisse intervenir. Un second ballon est introduit et gonflé avec 420 grammes d'eau ; une traction élastique permanente est exercée sur lui ; à 9 heures du soir, il tombe dans le vagin.

On le retire, et le col paraissant assez perméable, on anesthésie la femme, puis M. Jorand essaie de pratiquer la délivrance artificielle.

Il introduit assez facilement le doigt de la main droite dans l'orifice utérin ; il s'efforce de dilater progressivement l'anneau de Bandl encore resserré. Toutefois après deux tentatives vaines pour entrer la main toute entière dans la cavité utérine, il se fait remplacer par la sage-femme de garde, M^{lle} Michel, dont la main plus petite pénètre assez facilement dans l'utérus ; mais elle est arrêtée au niveau de la corne utérine droite où elle rencontre un second orifice au delà duquel est le placenta ; l'utérus a d'ailleurs une forme bilobée très évidente. En introduisant successivement les doigts l'un après l'autre dans l'anneau d'enchatonnement, M^{lle} Michel finit par entrer dans la corne utérine ; elle décolle le placenta qui n'a avec la paroi que de très faibles adhérences et elle en fait l'extraction. Dans le cas présent, cette corne était remplie par le placenta. Ce placenta pesant 320 grammes affecte une forme très particulière. Inséré sur toute l'étendue de la corne utérine, il s'est pour ainsi dire moulé sur elle et il a pris la forme d'un sac ou plutôt d'une sorte d'aumônière dont l'ouverture correspond à

celle de la corne elle-même : les bords de cette ouverture se continuent avec les membranes, mais celles-ci sont très incomplètes, déchirées qu'elles ont été pendant les manœuvres faites pour opérer la délivrance. Le cordon présentait une insertion vélamenteuse.

Après la délivrance, on fait une injection chaude intra-utérine, car il y a à ce moment une perte de sang, mais peu abondante ; on fait en outre une injection d'ergotine et une d'éther. L'état général se relève peu à peu et devient satisfaisant.

En examinant le ventre de la malade après son accouchement, on sent que l'utérus est développé transversalement, et que du côté droit il y a une corne utérine plus saillante que du côté opposé.

Les suites de couches ont été légèrement fébriles. La malade ayant eu 39° 3 le lendemain de son entrée, a été transportée dans le service d'isolement. Les accidents sont heureusement restés bénins et elle a voulu quitter l'hôpital le 11^e jour en assez bon état. Quant à l'enfant, bien que mis en couveuse, il n'a vécu que quatre jours

OBSERVATION XXVII (Tédenat. *Lyon médical*, 1879).

*Utérus bicorne. Présentation de l'épaule. Version spontanée.
Enchatonnement du placenta.*

Marie G..., primipare, 24 ans, de bonne constitution a eu une excellente grossesse et est à terme.

Les premières douleurs apparues le 5 janvier au soir,

deviennent plus violentes le 6 janvier à 2 heures du matin. Les membranes se rompent peu de temps après.

De 6 heures à 10 heures du matin, les douleurs qui s'étaient assoupies pendant quelque temps reparaissent et sont accompagnées d'écoulement de liquide amniotique. La malade entre à la Maternité à 8 heures du soir et je constate à ce moment une présentation de l'épaule droite, dos en avant, sommet dans la fosse iliaque gauche. Le diamètre du col est de 3 à 4 centimètres ; il paraît dilatable. Les membranes sont largement rompues à son niveau et l'utérus un peu rétracté semble à peu près complètement vide du liquide amniotique. Les battements du cœur foetal sont réguliers. Les douleurs jusque là peu intenses deviennent de plus en plus fortes. Une première contraction puissante, soutenue, s'empare de la moitié gauche de l'utérus qui devient dure et fait une saillie latérale très appréciable à la vue et au palper. La moitié droite reste flasque, déprimée.

La main appliquée sur la tête, très facile à limiter à travers la paroi abdominale, sent qu'elle est un peu remontée. Le toucher vaginal permet de constater que l'épaule s'est déplacée. A cette contraction, en succède une autre absolument semblable mais qui se passe à droite. Quand elle est terminée, le mouvement de la tête vers la partie supérieure de la fosse iliaque s'est prononcé davantage ; les pieds ne paraissent pas être sensiblement descendus.

Quelques instants après, nouvelle contraction de la moitié gauche de l'utérus, après laquelle la tête est très remontée et les membres inférieurs descendus. Puis contraction de la moitié droite qui accentue le mouvement de version. Après six ou sept contractions alternantes, la présentation transversale était

transformée en présentation pelvienne (sacro-iliaque gauche antérieure)

Une heure après, l'accouchement se terminait régulièrement par les seules forces de la nature.

Les contractions avaient continué à se faire de la même manière, c'est-à-dire qu'à une contraction énergique et soutenue de la moitié gauche de l'utérus succédait une contraction semblable de la moitié droite.

L'enfant vivant pesait 3200 grammes.

Le bassin de la mère examiné ce jour là parut régulièrement conformé.

Après l'expulsion du fœtus, les contractions conservèrent le même caractère et de curieuses particularités se produisirent au moment de la délivrance.

Des tractions furent exercées sur le cordon, mais le placenta ne sortit pas. A ce moment, l'angle supérieur droit du globe utérin, formait une saillie considérable, arrondie, très appréciable à la vue, dont la dureté permanente augmentait à intervalles réguliers pendant les contractions. La moitié gauche se contractait isolément de temps en temps, mais la saillie qu'elle formait était bien moindre. J'introduis la main dans l'utérus ; les orifices externe et interne du col sont libres. A la partie moyenne du fond existe un éperon antéro postérieur épais et très saillant. A sa gauche est l'infundibulum profond de la trompe : à sa droite existe un orifice ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, à bords durs qui serre fortement les doigts durant les contractions. Dans l'intervalle des contractions de cet anneau qui coïncidaient régulièrement avec le durcissement de la saillie droite déjà indiquée, j'introduis le doigt qui arrive dans une cavité profonde, dans laquelle, le placenta libre

d'adhérences est enclavé, enchatonné. Ces particularités furent constatées par plusieurs élèves. Enfin, introduisant les doigts dans cette cavité, je cueillis le placenta entre deux contractions et l'attirai sans difficulté au dehors.

Pendant plusieurs heures, l'alternance dans les contractions continua; je pus à nouveau sentir l'éperon médian et de chaque côté un infundibulum profond. Pendant quatre ou cinq jours la corne droite resta sur un niveau notablement plus élevé que celui de la gauche.

L'hémorragie ne dépassa pas les limites habituelles et les suites de couches furent très bonnes pour la mère comme pour l'enfant.

OBSERVATION XXVIII (*Althen. Centr. f. Gynæk.* 1890.
L'obstétrique, 1897).

Utérus didelphe. Avortement gémellaire à 4 mois 1/2. Rétention du placenta. Infection utérine. Extraction. Guérison.

Primipare de 31 ans, réglée depuis l'âge de 14 ans d'une façon toujours régulière. Les dernières règles eurent lieu le 23 mars 1890. Le 2 août la parturiente expulsa un fœtus mâle de 4 mois 1/2. Elle était assistée par une sage-femme et comme trois heures après la naissance, le placenta n'était pas encore décollé, on fit venir un médecin qui prescrivit 4 grammes d'ergot de seigle. Cette médication n'eût pas d'effet sur l'expulsion du placenta, mais elle amena le lendemain l'expulsion d'un fœtus du même âge que le premier. Comme

le placenta restait toujours dans la cavité utérine, on fit venir Althen pour pratiquer la délivrance.

A ce moment la malade présentait des signes d'infection grave : elle avait une température de 40°-4.

Il trouva à l'examen deux vagins d'égale dimension séparés par une cloison médiane. Par le palper bimanuel, on trouva un utérus de chaque côté et tous deux indépendants l'un de l'autre. De chaque côté on sentait l'ovaire. L'extraction du placenta fut faite complètement et la malade guérit.

OBSERVATION XXIX (Pr. Pinard, *Anatomie obstétricale normale et pathologique*).

Utérus bicorne. Rétention du placenta. Septicémie. Mort.

Il s'agit d'une primipare âgée de 20 ans, ayant toujours été bien portante quoique irrégulièrement réglée et entrée à la maternité de Lariboisière, le 29 mai 1889 à 9 heures du matin. Les dernières règles avaient apparu le 14 octobre et sa grossesse aurait évolué normalement jusqu'au 28 mai ; ce jour là elle fut prise de douleurs utérines, perdit du sang et expulsa chez elle un fœtus qui ne fut pas pesé : elle ignore s'il a respiré.

Un médecin et une sage-femme appelés à ce moment firent sous le chloroforme plusieurs tentatives pour pénétrer dans l'utérus et faire la délivrance, mais en vain. La patiente fut alors envoyée à l'hôpital Lariboisière, où elle arriva avec une température de 38° 5.

Le 30 mai au matin, les accidents septiques s'accroissant et ..

le col n'étant pas perméable, M. Champetier de Ribes introduisit dans l'utérus, sans difficulté, un de ses ballons qui, distendu in situ, ne tarda pas à être expulsé laissant derrière lui une voie largement ouverte par laquelle on fit l'extraction manuelle du placenta putréfié. Ce placenta pesait 125 grammes. Aucune particularité n'attira l'attention au cours de cette délivrance artificielle.

La femme fut ensuite soumise à des irrigations intermittentes de l'utérus et rien d'anormal n'attira non plus l'attention au cours des manœuvres nécessaires pour l'introduction répétée de la sonde.

La mort survint le 6^e jour et fut causée par les progrès de la septicémie.

Autopsie. — Le fond de l'utérus au lieu de former comme à l'état normal une convexité régulière, offrait deux saillies convexes, séparées par une dépression qui se prolongeait sur les faces antérieure et postérieure. La corne gauche plus développée que la droite se trouvait aussi sur un plan plus élevé que celle-ci.

Il n'y avait qu'un seul canal cervical pour pénétrer dans l'utérus. Par le cathétérisme, on pénétrait tout droit d'emblée jusqu'au point culminant de la corne gauche et l'on pouvait se rendre compte que là était le minimum d'épaisseur de la paroi utérine. La cavité gauche avait été seule gravide. Les parois de la corne s'écartaient vers son fond pour former une loge, pouvant loger une grosse noix, remplie d'une bouillie gangréneuse, et ne paraissant plus séparée en un point de la cavité péritonéale que par le péritoine épaissi. En glissant le doigt sous l'arête limitant à droite la cavité ouverte, l'index rencontrait une sorte d'entonnoir à bords rigides dans lequel il ne

put pénétrer, mais où s'enfonça jusqu'à 8 centimètres $1/2$ une sonde cannelée : la cavité dans laquelle on pénétrait ainsi allait aboutir au point culminant de la corne droite qui paraissait ainsi bien isolée de la cavité principale partout ailleurs qu'au niveau de l'orifice de pénétration.

OBSERVATION XXX (Communication faite par M. Bouffe de Saint-Blaise, à la société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1900.)

Utérus didelphe et vagin double. Avortement de deux mois et demi. Rétention du placenta. Curettage. Mort.

Cette pièce a été recueillie en juillet dernier, sur une femme arrivée à l'hôpital Saint-Louis, quatre jours après un avortement incomplet de deux mois et demi environ. Comme elle présentait à son arrivée une température très élevée et tous les signes d'une septicémie suraiguë, due à la rétention du placenta putréfié, on se mit en devoir de la curetter. La cloison séparant les deux vagins n'arrivant pas jusqu'à la valve, on ne fit pas le diagnostic par l'examen des parties génitales externes.

C'est le hasard qui fit que l'interne du service, en pratiquant l'opération, mit successivement sa main dans les deux vagins, et fut fort étonné de trouver deux cols qui ne présentaient aucune ressemblance, l'un étant fermé, l'autre béant et laissant passer des débris placentaires.

Cette femme mourut le troisième jour.

Autopsie. — Le vagin est unique dans sa partie externe sur un trajet de trois centimètres. Là commence une paroi qui

sépare le canal en deux portions presque égales. On ne remarque aucun orifice à la partie supérieure de cette cloison, chaque vagin communiquant avec l'utérus du même côté. Les deux utérus sont d'inégale grosseur. Le droit qui était gravide mesure 53 millimètres dans sa plus grande largeur et 109 dans sa longueur du bord externe du col au fond. Le col est refermé et intact. Les culs de sac sont normaux. L'utérus gauche mesure 62 millimètres dans sa plus grande largeur et 7 centimètres de longueur.

Mais son col présente un sillon cicatriciel analogue à ceux que l'on rencontre souvent chez les femmes qui ont eu des enfants. Cette cicatrice située à la partie interne et moyenne est suivie d'un orifice faisant communiquer les deux cavités cervicales à quelques millimètres du bord externe du col. Cette communication est probablement artificielle.

Il faut remarquer aussi qu'il est presque certain que les deux vagins ont été habités et les deux utérus gravides la femme étant tertipare.

Si on examine la pièce par sa face antérieure, on peut noter que la symétrie de situation des organes est presque parfaite et qu'ils divergent régulièrement laissant passer le rectum exactement au milieu. Celui-ci est uni aux utérus par un repli péritonéal s'infléchissant à droite et à gauche et formant ainsi deux petits culs-de-sac très peu profonds, remplaçant le cul-de-sac de Douglas. Enfin, les reins et les uretères sont normaux.

OBSERVATION XXXI (Communication faite par
M. d'Heilly à la société anatomique 1863.)

*Utérus bifide. Grossesse de sept mois. Rétention du placenta.
Mort.*

Il s'agit d'une femme de 21 ans, couturière, entrée le 13 juin à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre.

Elle y est accouchée le lendemain à 5 heures du matin.

Cette femme était primipare et arrivée au septième mois de sa grossesse. La délivrance n'a pas été faite par la fille de salle et le cordon s'étant rompu, l'interne de garde a essayé d'introduire la main dans l'utérus pour aller chercher le placenta. Le vagin, très étroit ne permettait qu'à grand'peine le passage de la main et le col de l'utérus rétracté, laissait à peine pénétrer un doigt. Après des tentatives répétées, l'utérus étant complètement rétracté et le col presque fermé, on a été forcé de renoncer aux tentatives de délivrance. En retirant la main du vagin, on a ramené un lambeau membraneux qui dépassait la vulve. Cette membrane assez épaisse et résistante a d'abord été prise pour un débris de placenta ; mais en saisissant d'une main la portion libre, tandis que le doigt introduit dans le vagin cherchait à déterminer ses rapports, on est arrivé sur la partie médiane et postérieure du vagin où cette production paraissait s'attacher. On a reconnu à l'autopsie que ce lambeau n'était autre chose que la cloison qui divisait le vagin en deux.

La délivrance n'a pu être faite et le 15 juin, la malade est

morte avec les symptômes de l'infection purulente. On n'avait pas reconnu la disposition des organes génitaux pendant la vie et beaucoup de renseignements sur les antécédents ont nécessairement fait défaut.

Autopsie. — Le vagin présentait une cloison musculo-membraneuse assez épaisse, qui partant de la vulve allait s'insérer dans l'intervalle des deux orifices utérins. Cette cloison était fixée en arrière à toute la longueur du vagin; en avant, elle a été détachée de ses insertions pendant le passage de la tête. Sur la face antérieure du vagin, on voyait un raphé, vestige de l'insertion de la cloison; les deux faces de cette membrane étaient tapissées par la muqueuse vaginale.

A la partie inférieure du vagin on voyait deux orifices séparés par la base de la cloison vaginale; l'ouverture de gauche était largement dilatée et donnait passage à des débris de placenta. Cet orifice présentait des crevasses produites par sa distension au moment du passage de la tête. L'orifice droit était arrondi, un peu entr'ouvert et laissait passer la première phalange de l'index. Ces deux orifices étaient complètement séparés et ce n'était plus une simple cloison qui les distinguait l'un de l'autre. Il y avait là deux cols ayant partout leur épaisseur normale et accolés dans l'espace de trois centimètres. Ces deux cols se séparaient ensuite un peu plus haut et chacun d'eux allait aboutir à un corps. Le corps utérin gauche placé dans la fosse iliaque correspondante était volumineux. Son bord externe donnait insertion aux annexes. Le bord interne était libre et presque droit.

Le corps utérin droit était symétriquement configuré par rapport à l'autre et donnait également insertion aux annexes par son bord externe, le bord interne étant libre. Entre les

deux corps utérins s'avancait une cloison péritonéale qui partie du sacrum, allait se fixer à la vessie. Dans l'utérus gauche se trouvait le placenta qu'on pouvait entraîner par une légère traction et des caillots sanguins en assez grande quantité.

OBSERVATION XXXII (Dance, *Archives générales de médecine*, 1829).

Utérus bicorne. Avortement au 5^e mois. Rétention du placenta. Péritonite. Mort.

Une fille de 34 ans, brodeuse, primipare, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 septembre 1828. Elle n'était pas réglée depuis deux mois et demi. Depuis quelques jours, elle avait été prise d'une dysenterie très intense, mais ne rendait avec beaucoup d'efforts qu'une petite quantité de matières muqueuses et sanguinolentes.

Peu de fièvre. Grâce au traitement qu'on lui fit, un peu de mieux se manifesta. Au bout de six semaines, elle put supporter quelques aliments et parut entrer en convalescence, mais elle avait beaucoup maigri. Un peu plus tard, elle se plaignit du bas-ventre disant y ressentir une grosseur qui l'incommodait. Il existait en effet dans l'hypogastre une tumeur qui n'avait point encore attiré l'attention, ayant le volume du poing, manifestement inclinée à droite, peu sensible par le toucher, mais douloureuse à la pression. La situation latérale de cette tumeur fit penser qu'elle était formée par un kyste de l'ovaire, et d'après cette idée, aucune recherche ne fut faite. Cependant, la malade ne reprenait point ses forces,

quoique mangeant bien et n'ayant point de fièvre. Enfin au bout de deux mois de séjour à l'hôpital, cinq mois environ après la suppression des règles, elle fut prise le 19 novembre au matin de coliques et de douleurs très vives dans le bas-ventre et rendit inopinément une grande quantité de sang par le vagin, suivi de l'expulsion d'un fœtus mort.

La délivrance ne s'opéra point en même temps ; quelques tractions furent faites sur le cordon ombilical, qui étant petit et flasque, se rompit brusquement ; et, malgré tout autre tentative, une portion du placenta resta engagée dans le col et la cavité de l'utérus.

Les jours suivants, la malade se trouva dans un grand état de faiblesse résultant d'une perte abondante mêlée de caillots de sang. Au quatrième jour, elle fut prise subitement de douleurs aiguës qui se répandirent dans toute la cavité abdominale. Le poulx devint petit, obscur, insensible ; les membres se refroidirent et la mort arriva au bout de 48 heures, le 25 novembre.

Autopsie. — Le 26 novembre. Abdomen ; traces de péritoïnite plus manifestes dans le petit bassin que dans le reste du ventre ; fausses membranes molles et dépôt séro-purulent en quantité médiocre dans la cavité du péritoine dont la surface était çà et là pointillée de rouge. La matrice présentait une forme tellement insolite que nous l'aurions prise pour une tumeur anormale si nous n'eussions été guidés par le voisinage des ovaires et des trompes : trois corps fibreux placés immédiatement sous sa membrane péritonéale et dont le plus gros égalait le volume d'une noix concouraient à favoriser cette méprise. Son bas-fond était divisé en deux lobes inégaux et divergents, séparés par une incisure médiane profonde. Celui de droite plus allongé, plus volumineux et plus renflé que celui

de gauche, offrait en outre vers la partie moyenne et antérieure de sa hauteur, une érosion circulaire de dix lignes de diamètre, à bords frangés et amincis de dedans en dehors, dont l'ouverture paraissait bouchée par une fongosité noirâtre ; cette érosion communiquait directement dans la cavité de ce lobe.

Vue à l'intérieur, la matrice présentait les mêmes traces de séparation qu'à l'extérieur. La cavité de son corps était partagée par une cloison complète et un peu oblique en remontant à droite, commençant vers le milieu de l'échancrure du bas-fond et se terminant vers la partie supérieure du col utérin, en faisant suite à un raphé médian visible dans cette dernière partie.

Les parois du lobe droit étaient dilatées et amincies à sa partie supérieure. C'est en ce point qu'aboutissait la perforation dont nous avons parlé : on y trouvait des débris noirâtres et fétides du placenta : le tissu utérin était brunâtre, ramolli et comme ulcéré. Plus bas, cette cavité formait une espèce de canal étroit, à parois épaissies qui venait aboutir dans le col. Le lobe gauche représentait plutôt un canal qu'une véritable cavité et avait partout des parois assez épaisses.

Les deux lobes divergeaient entre eux de 4 pouces environ à leur extrémité supérieure. Chaque trompe aboutissait au sommet du lobe correspondant de l'utérus : par conséquent, celle de droite se trouvait plus élevée que celle de gauche. L'ovaire du côté droit était de moitié plus volumineux que celui du côté gauche. C'est dans le lobe droit de l'utérus que la grossesse s'est effectuée, dans celui qui contenait des débris du placenta, qui était le plus ample et correspondait à l'ovaire

le plus volumineux, et par cela même le siège probable de la fécondation.

OBSERVATION XXXIII (Pr. Pinard. *Anatomie obstétricale normale et pathologique*).

Utérus bicorne. Rétention du placenta Septicémie. Mort.

M. . C. ., primipare entre à la maternité de Lariboisière le 13 octobre 1888.

Enceinte de six mois $1/2$, ayant à plusieurs reprises perdu du sang pendant sa grossesse, elle avait perdu les eaux cinq jours avant.

Le 13 octobre, expulsion d'un fœtus de 850 grammes, mort depuis la veille. Le placenta reste dans l'utérus dont la forme fait penser à une malformation. Des symptômes de septicémie s'étant manifestés, on résolut de pratiquer la délivrance artificielle qui fut faite le 14 octobre sous le chloroforme ; mais une partie du placenta resta inaccessible dans la corne gauche.

La température ayant atteint 41° malgré l'irrigation continue, et des frissons étant survenus, on fit le 15 une seconde tentative qui permit d'extraire le reste du placenta, sans qu'on eût besoin de recourir au chloroforme. Aussitôt après cette extraction, chute de la température ; puis néanmoins, 48 heures après, subitement, douleurs atroces, péritonite suraiguë.

Les accidents ne furent pas enrayés, et la malade succomba le 18 octobre à une péritonite purulente. A l'autopsie, on trouva une perforation gangréneuse du fond de la corne gauche.

Avant d'expliquer la façon dont s'est produit l'enchatonnement dans les faits qui précèdent, il est un point sur lequel nous devons insister. C'est que dans nos observations le placenta a toujours été trouvé inséré au fond d'une corne et nous n'avons pu retrouver d'exemple où l'enchatonnement s'est produit, l'insertion placentaire s'étant faite en tout autre point de la cavité utérine. Pour expliquer ce phénomène, il faut faire intervenir, comme nous le disons plus haut, l'inertie utérine et la contracture partielle de la base de la corne utérine. Nous avons déjà parlé de l'inertie utérine dans le chapitre précédent et des circonstances qui la provoquent. Elle intervient encore ici pour retarder le décollement du placenta et des membranes. L'expulsion du fœtus a exigé de l'utérus tout l'effort qu'il pouvait donner. Sa rétractilité et sa contractilité seront insuffisantes et le premier temps de la délivrance se fera lentement et incomplètement. De plus, dans l'utérus normal, le lieu d'insertion placentaire présente un amincissement particulièrement marqué. Si dans l'utérus bicorne et cordiforme, cette insertion se fait au niveau d'une corne utérine, la faiblesse musculaire sera en cet endroit encore augmentée du fait même de la distension considérable qu'elle aura subie pendant la grossesse. Ce sera le point de la paroi utérine où l'inertie sera la plus accentuée et la plus persistante. Pour cette raison, le placenta ne se décollant pas ou se décollant lentement il y aura retard de la délivrance. Mais pendant ce temps, le reste de l'utérus tend à revenir sur lui-même, et si ces deux actes, décollement du placenta

et rétraction de l'utérus, ne se font point parallèlement et en quelque sorte synergiquement, le placenta restera emprisonné. C'est alors qu'intervient le second facteur de l'enchatonnement, la contracture partielle de la paroi utérine. C'est la structure même des utérus bicornes qui, entraînant leur forme anormale, cause également cette contraction partielle au-dessous du lieu d'insertion placentaire. La disposition des fibres musculaires au niveau des cornes explique bien ce fait. Aux angles supérieurs, elle rappelle la forme d'un cône dont le sommet est en dehors et en haut et dont la base située en dedans est perpendiculaire à l'axe prolongé de l'ouverture de la trompe. Ces anneaux musculaires très puissants de la base des cornes ont conservé toute leur énergie, tandis que le sommet de l'infundibulum est en quelque sorte parésié. L'anneau d'enchatonnement sera constitué par la rétraction de ces fibres de la base qui formeront alors un bourrelet épais que les doigts ne pourront dans quelques cas suffire à dilater. Sous l'influence des injections intra-utérines très chaudes, on peut voir quelquefois ce spasme cesser tout d'un coup, ou bien on sent l'anneau s'élargir peu à peu, laisser passer successivement les doigts l'un après l'autre et la main peut enfin pénétrer et enlever la placenta. Mais dans certains cas exceptionnels, cette contracture irrégulière est impossible à vaincre et la loge renfermant le placenta en totalité ou en partie devient inaccessible.

Dans les observations qui précèdent, l'enchatonnement doit bien sa cause à ces deux circonstances asso-

ciées : l'inertie utérine et la contraction spasmodique de la base de la corne utérine. Le placenta a été surpris dans sa loge d'implantation avant d'être complètement décollé, par l'anneau de contraction et son incarceration était dès lors effectuée. Nulle part dans les faits que nous rapportons on ne trouve mentionnées les adhérences anormales du placenta pouvant expliquer la lenteur du décollement et le délivre a pu être extrait facilement lorsque l'anneau d'enchatonnement a permis l'accès de la corne utérine. Si dans l'observation 24, le décollement a été un peu laborieux, c'est parce que la main ne pouvait pénétrer librement et était gênée dans ses mouvements par la compression qu'elle subissait. Dans les autres observations, celle de Bernard, celle de M. Maygrier, celle de M. Tédénat, les adhérences étaient, pour ainsi dire, nulles et la difficulté ne vint que de l'anneau de contraction. Il put néanmoins dans ces cas être franchi sans trop de peine, si nous les comparons à ceux où il présenta une résistance prolongée qui rendit vaines plusieurs tentatives d'extraction.

Dans le cas de M. Hérigoyen, la contraction de l'anneau fut tellement violente et tenace que les doigts ne purent pénétrer dans la cavité et que le placenta dut être abandonné dans la corne qui le renfermait. Il fut expulsé 13 heures seulement après la sortie du fœtus. Dans les observations d'Althen, de M. Pinard, de M. Bouffe de Saint-Blaise, la délivrance présenta également des difficultés considérables malgré les moyens mis en œuvre pour la pratiquer, et sur 3 femmes, deux

succombèrent à la septicémie qui avait déjà précédé la sortie de l'arrière-faix. Dans l'observation de M. D'Heilly, le placenta fut en entier retenu dans l'utérus et la malade fut enlevée en 12 heures par l'infection purulente.

Enfin, deux cas suivis également de mort présentent une particularité que nous devons noter : dans celui de Dance une partie du placenta fut retenue ; dans celui de M. Pinard, on dut pratiquer deux interventions successives, mais l'extraction néanmoins fut complète. En quatre jours, les deux malades succombèrent à une péritonite suraigüe consécutive à la perforation de la corne utérine, siège de l'insertion placentaire. La putréfaction des débris retenus amena des phénomènes de sphacèle de la paroi qui, en raison de son amincissement fut très rapidement et complètement envahie ; puis la perforation succéda à la chute de l'escharre ainsi produite causant une péritonite mortelle.

L'enchatonnement du placenta, ces faits le montrent suffisamment, est donc le point de départ d'accidents redoutables sur lesquels nous n'insisterons pas plus longuement.

Nous ferons seulement remarquer que les utérus bicornes, beaucoup plus que les autres malformations utérines, prédisposent à cette complication de la délivrance. Toutes nos observations ont trait à ce genre de malformation. Nous n'irons pas jusqu'à dire, comme Bourrus, que l'enchatonnement n'existe réellement que dans les utérus bicornes ; il peut se rencontrer dans les autres variétés de malformations, mais il s'y produira

certainement moins souvent que dans les types bicorne et cordiforme avec scissure médiane profonde. Ces deux complications, hémorragie et enchatonnement du placenta, se produiront plus spécialement dans ces deux variétés que dans les autres.

Il nous faut dire un mot maintenant des difficultés, moindres certainement que celles que nous venons d'étudier, mais réelles cependant, que l'on peut rencontrer dans le décollement des membranes au cours de la délivrance artificielle. Elles seront encore plus grandes dans les utérus bicorne et cordiforme que dans les autres en raison de l'irrégularité plus accentuée de leur cavité. La main de l'accoucheur aura plus de peine à pénétrer dans les cornes utérines, quelquefois très profondes, et les doigts ne pourront s'y mouvoir que péniblement. Pour peu que ces membranes soient adhérentes par suite d'inertie, il en résultera une difficulté extrême de les extraire complètes et intactes. La présence de la cloison médiane ou seulement d'un éperon siégeant au fond de l'utérus ajoute encore à ces difficultés. Cette cloison est tapissée par les membranes qui de ce fait, affectent une disposition assez irrégulière. Si, enfin, on a affaire à des utérus présentant deux cavités complètement séparées, la cloison peut être déchirée, perforée : les exemples n'en sont pas rares. Les membranes subiront le même sort aux points intéressés de cette cloison.

De là cette fréquence des délivrances incomplètes et de la rétention d'une partie des membranes malgré tout le soin que l'on peut apporter dans leur décolle-

ment et leur extraction. Comme conséquence pendant les jours qui suivront l'accouchement, il pourra se produire des tranchées utérines, un écoulement lochial plus abondant que de coutume et quelquefois fétide, une élévation passagère de la température. Tous ces accidents seront bénins dans la majorité des cas, si l'on redouble auprès de ces malades de précautions antiseptiques rigoureuses. Elles devront être surveillées attentivement de façon à intervenir aussitôt que possible si leur état l'exige.

L'examen des membranes présentera un intérêt tout spécial et devra être fait avec le plus grand soin. Outre l'importance qu'il a pour se rendre compte si elles sont complètes, il renseignera d'une façon précise sur la forme de la cavité utérine. Les membranes reproduisent exactement, en effet, la configuration intérieure de l'utérus : elles présenteront, suivant les cas, une scissure ou dépression plus ou moins étendue et profonde causée par l'empreinte de l'éperon ou de la cloison, ou au contraire une sorte de diverticulum ou poche communiquant avec l'intérieur de l'œuf et reproduisant la forme de la corne utérine avec laquelle cette partie des membranes était en contact.

L'examen direct de l'arrière-faix pourra donc confirmer le diagnostic de la malformation utérine que l'on aura fait pendant la grossesse ou le travail, ou servir à le faire s'il n'a pas été posé avant la délivrance.

CHAPITRE III

Suites de couches.

Les suites de couches constituent la dernière phase de la gestation et elles sont sous la dépendance directe des accidents qui seront apparus soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement. Si la première a été normale, si le second s'est fait dans de bonnes conditions et s'est terminé par une délivrance complète et exempte de complications ; si d'un autre côté les précautions antiseptiques nécessaires ont été prises, les suites de couches seront physiologiques. Dans le cas contraire, elles seront susceptibles de présenter un caractère pathologique.

L'étude des suites de couches est donc inséparable des phénomènes qui les ont précédées. Les femmes atteintes de malformations utérines seront plus exposées que les autres à présenter des suites de couches pathologiques, et si nous passons seulement en revue les accidents qui peuvent se produire pendant la grossesse et le travail, nous voyons qu'ils sont fréquents et capables de créer des complications sérieuses. Nous

parlerons brièvement des présentations vicieuses et de la rupture utérine et nous verrons les conséquences qui en résultent.

Il faut distinguer les malformations utérines en deux catégories, au point de vue des présentations qui peuvent s'y produire : celles où la forme de la cavité est allongée et se rapproche beaucoup de celle de l'utérus normal et celles où la forme de la cavité est plutôt transversale. Dans la première catégorie qui comprend les utérus didelphes, globularis septus ou subseptus, l'utérus unicorne, la présentation sera le plus souvent longitudinale. Dans la seconde qui comprend l'utérus bicorne et cordiforme, le fœtus aura une tendance marquée à se présenter transversalement et dans plusieurs de nos observations rapportées au chapitre de la délivrance, le fait y est mentionné.

M. Polaillon, à propos de son observation que nous reproduisons en tête de ce travail, a insisté sur la fréquence des présentations de l'épaule et du tronc dans les malformations utérines et surtout dans l'utérus bicorne et cordiforme.

Depaul émettait l'opinion que la présentation de l'épaule, chez une primipare, était en quelque sorte symptomatique d'une malformation utérine. La seconde de nos observations personnelles confirme cette opinion.

Des exemples nombreux ont été rapportés à ce sujet. Dans un cas de Géry, neuf présentations de l'épaule se sont produites dans neuf accouchements successifs chez la même femme. Lecluyse a constaté

trois fois le même phénomène chez une autre malade. On est donc obligé d'admettre une relation de cause à effet entre les malformations de l'utérus et les présentations vicieuses.

Nous avons vu d'un autre côté à propos de l'inertie utérine le travail marcher lentement et irrégulièrement. L'obstacle apporté par la cloison contribue souvent à le rendre également laborieux. Il en résultera fréquemment chez la malade un état d'épuisement extrême. La version, dans certain cas, sera rendue difficile par la cloison utérine qui gênera l'évolution fœtale. Les applications de forceps seront très souvent nécessaires pour remédier à l'insuffisance des contractions utérines et pour terminer l'accouchement dont la lenteur expose la vie du fœtus.

Les interventions seront donc très fréquentes au moment du travail pour les raisons que nous venons de donner. Les complications de la délivrance seront, nous l'avons vu, souvent graves et les suites de couches en subiront le contre-coup.

Les ruptures utérines quoique assez rares relativement, aggravent encore le pronostic, soit qu'elles se produisent pendant la grossesse, soit pendant le travail.

La rupture pendant la grossesse se fait à une époque assez variable, mais elle est plus fréquente à partir du 4^e mois. L'utérus, obligé de se distendre outre mesure par suite de l'augmentation de volume du fœtus, expulsera souvent le produit de conception avant le terme normal et les avortements et les accou-

chements prématurés se produisent fréquemment dans les malformations de l'utérus. Mais, dans certains cas, l'utérus se laissera distendre sans avoir de tendance à résister : ses parois s'aminciront à l'extrême, elles céderont et la mort sera souvent la conséquence de cette rupture. Les exemples que nous citons prouvent la gravité de ces accidents. Canestrini a rapporté le cas d'une tertipare qui mourut subitement au 4^e mois de sa grossesse après avoir éprouvé une douleur déchirante dans le bas ventre. A l'autopsie, on trouva le fœtus dans la cavité abdominale et une rupture d'une corne d'un utérus double. Le cas de Benoit-Vassal, rapporté par Cassan dans sa thèse, a trait à une femme présentant un utérus bifide dont une seule cavité avait été gravide onze fois.

Les grossesses avaient évolué à terme sans accidents. La 12^e grossesse se fit dans l'utérus surnuméraire et la rupture eut lieu au 4^e mois entraînant la mort en 3 jours. Dionis cite le cas d'une femme primipare enceinte de six mois et qui mourut également de rupture utérine.

Dans une observation de Depaul la rupture eut lieu à 8 mois de grossesse.

D'autres fois la rupture se fait pendant le travail, l'utérus se déchirant sous l'influence des contractions énergiques et trop prolongées. La cloison utérine peut être intéressée également dans ces cas. Dans le cas de West, il s'agissait d'une primipare à terme et la rupture se fit dès le début du travail. La femme mourut de péritonite 5 jours après et on constata que

la cloison était également intéressée. En 1825, Ollivier en a publié un exemple semblable. La femme était à son 5^e accouchement ; la rupture se produisit presque à la fin du travail et causa la mort en trois jours. La déchirure était transversale et portait sur la partie antérieure et inférieure de l'utérus pour s'ouvrir dans la partie supérieure du vagin. L'utérus était bicorné avec col et vagin uniques.

Gautrelet, dans sa thèse, en rapporte une observation personnelle. C'était une primipare à terme et présentant un utérus nettement bilobé. La rupture se fit pendant le travail et elle portait sur le cul de sac antérieur. L'enfant fut extrait par le forceps. Les suites de couches furent marquées par du délire, une élévation considérable de la température, des douleurs abdominales assez marquées. Cependant, grâce à une antiseptie rigoureuse, la malade guérit et se remit complètement.

La rupture utérine apporte donc son tribut aux autres complications de l'accouchement et de la délivrance et cet accident retentira sur les suites de couches au même titre que ceux que nous avons déjà étudiés.

En résumé, les femmes atteintes de malformations de l'utérus, en raison de la lenteur du travail, de la fréquence des interventions auxquelles on est obligé de recourir, et de l'épuisement qui en résulte, en raison de l'hémorragie et des autres complications de la délivrance, sont beaucoup plus exposées que les autres à l'infection post-partum pour laquelle elles

offrent un terrain favorable, par suite de l'affaiblissement consécutif aux accidents que nous avons passés en revue. Le seul moyen de prévenir des complications après l'accouchement sera de soumettre ces malades à des soins antiseptiques rigoureux, grâce auxquels on évitera pour les suites de couches toute chance nouvelle d'accident.

Nous terminerons cette question des suites de couches par l'étude d'un phénomène particulier aux malformations de l'utérus. C'est l'expulsion de la caduque qui s'est formée pendant la grossesse dans l'utérus non gravide. Le fait ne se produit que dans les utérus doubles et dans ceux qui présentent deux cavités nettement séparées l'une de l'autre par une cloison.

Dans ceux où celle-ci est très peu étendue et où elle affecte plutôt la disposition d'un éperon, il n'y a en effet qu'une seule cavité utérine dont les deux loges communiquent librement entre elles. Cependant une caduque peut s'y former dans la loge non gravide et nous en rapportons un exemple. Mais dans la grande majorité des cas elle n'apparaîtra que dans les utérus didelphes, globularis bipartitus et dans les utérus bicornes dont l'échancrure du fond descend très près du col. Pendant la grossesse la cavité non gravide subit un notable développement que l'on peut parfois reconnaître par le palper abdominal. Les parois s'hypertrophient, la tunique musculaire comme la tunique muqueuse. Celle-ci devient tomenteuse, mamelonnée ; bientôt sa structure subit des change-

ments analogues à ce qui se passe du côté gravide ; il y a formation d'une véritable caduque destinée à se détacher ; il se fait en un mot une série de transformations qui vont aboutir à une véritable « dénudation ». Celle-ci en général ne s'opère pas au moment même de l'accouchement, mais elle est hâtée par le retrait général de l'organe qui peu à peu amène son détachement progressif.

Nous citerons deux observations intéressantes dans lesquelles, à l'autopsie, on a pu constater cette modification subie par la cavité utérine non gravide. La première est rapportée dans la thèse d'agrégation du professeur Lefort, et la seconde a été publiée par M. le professeur Budin, en 1875.

OBSERVATION XXXIV

Il s'agit d'une femme de 30 ans d'apparence robuste ; le vagin se divise en deux branches à 2 pouces de profondeur. Le canal postérieur conduisait dans une cavité close. Le canal antérieur était si long que le doigt ne pouvait arriver au col de l'utérus. Le fœtus était placé très haut dans le bassin. L'enfant vint au jour vivant. La mère cependant mourut d'une péritonite 4 jours après.

A l'autopsie, on trouva l'utérus complètement divisé en deux branches par une membrane interne. Le fœtus était logé dans la cavité gauche mais la cavité droite avait été dilatée aussi et s'était tapissée d'une caduque pendant la grossesse.

OBSERVATION XXXV (M. le Professeur Budin. *Progrès médical*, 1876) (Résumée).

Utérus globularis bipartitus. Grossesse à terme. Hémorragie pulmonaire mortelle survenue avant le travail. Opération césarienne.

Le 29 octobre 1875, la nommée F..., enceinte de 9 mois, succombe à une hémoptysie, à la Maternité où elle venait d'être amenée.

Dix minutes après, on pratique l'opération césarienne et on extrait un enfant en état de mort apparente, qu'on ranime péniblement et qui succombe le lendemain.

Autopsie. Elle fut pratiquée le lendemain.

L'utérus semblait avoir été sectionné sur la ligne médiane : l'incision qui avait été faite, passait juste au niveau du bord du placenta qui s'insérait sur la partie latérale droite de l'organe. Ce placenta était de forme circulaire : L'insertion du cordon était centrale.

En examinant de plus près l'utérus, on vit que, si cet organe paraissait normal, en réalité il ne l'était pas : il était double avec cloisonnement complet et devait être désigné sous le nom d'utérus globularis bipartitus.

Ce double organe, dans son ensemble, formait une masse pesant 757 grammes et mesurant 20 centimètres de longueur sur 18 centimètres de largeur. Il existait deux cols complètement séparés. L'utérus gravide était l'utérus droit : il mesurait à lui seul 11 centimètres de largeur sur 20 centi-

mètres de longueur. Son col, dont les deux orifices interne et externe étaient fermés, avait conservé toute sa longueur et mesurait 5 centimètres d'un orifice à l'autre ; sa cavité était complètement oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rosé qui allait de la cavité du corps jusque dans la cavité vaginale, le mucus faisait saillie hors de l'orifice externe qui était circulaire et appartenait nettement à un col de primipare.

Le second utérus, le gauche, était séparé du premier à la surface par un très léger sillon : au niveau du pourtour de l'organe total, il existait à peine une dépression marquant sa séparation. Il n'était pas accolé au précédent mais formait en réalité un tout avec lui. Il avait 18 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur. Son col avait la forme du col d'une nullipare : son extrémité inférieure n'était pas sur le même plan que celle du col droit, elle descendait un peu moins bas : la cavité du col gauche mesurait 4 centimètres de longueur et était comme la cavité du col droit totalement remplie par un bouchon gélatineux. La surface interne du corps de cet utérus gauche non gravide avait un aspect spécial ; elle présentait des masses lobulées d'un gris rosé, formant, en certains points, de véritables polypes, masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse ; sur la coupe, en effet, on voyait la section du tissu musculaire utérin ; ce dernier mesurait environ 4 millimètres d'épaisseur et la muqueuse hypertrophiée offrait par places jusqu'à 7 et 8 millimètres de hauteur.

Cette muqueuse était surtout épaisse au niveau du fond de l'organe, son épaisseur diminuait au fur et à mesure qu'on descendait vers le col ; à une certaine distance au dessus de l'ori-

fice cervical interne, elle semblait s'arrêter, tant elle était devenue mince.

Il était facile avec le dos d'un scalpel de séparer cette muqueuse du tissu musculaire de l'utérus.

De chaque côté de l'organe total il y avait un ligament rond, une trompe et un ovaire. Chacun des deux cols s'ouvrait dans un vagin distinct : les deux vagins étaient situés sur le même plan, l'un à droite, l'autre à gauche : ils étaient séparés par une cloison assez épaisse qui s'étendait jusqu'au niveau de la vulve qui était unique.

Ces deux observations attestent les transformations subies par la loge non gravide. Etudions maintenant comment se fera l'expulsion de cette caduque. Elle aura lieu dans un délai très variable, après la sortie du fœtus : dans certains cas quelques heures seulement après la délivrance ou d'autres fois dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement. Elle sera précédée souvent de coliques avec localisation sur le côté qui n'a pas été le siège de la grossesse. D'un autre côté cette caduque sera éliminée soit par fragments et alors la durée de l'expulsion sera plus ou moins longue, ou bien elle sortira en masse et la membrane ainsi rejetée reproduira la forme de la cavité qu'elle tapissait. Cette expulsion en bloc de la caduque est à tous points de vue plus favorable parce qu'elle expose moins que la sortie par fragments à la rétention d'une partie de la membrane et aux accidents qui peuvent en être la conséquence.

OBSERVATION XXXVI (Tauffer, *Centralblatt für
Gynæk* 1888. *L'obstétrique* 1897).

Utérus didelphe. Expulsion de caduque.

Malade âgée de 38 ans : trois grossesses.

Première grossesse, normale, suivie d'un accouchement à terme ; enfant vivant se présentant par le sommet.

Deuxième grossesse, [avec présentation du siège (mode des fesses)].

Troisième grossesse ou grossesse actuelle. Examen en plein travail.

On constate à l'inspection de la vulve, deux orifices conduisant dans deux vagins parfaitement distincts avec deux hymens rompus. Par le toucher, on constate en arrière et à droite de l'utérus gravide, une masse qui répond à l'utérus vide en rétroversion. Cette disposition rendit le travail beaucoup plus lent. Après l'accouchement, on constate que les deux utérus sont bien séparés et répondent exactement à la description de l'utérus didelphe. En outre, ces deux utérus avaient été tous deux gravides et par conséquent pouvaient être susceptibles de gravidité simultanée et même de superfétation.

Au troisième jour après l'accouchement, une caduque apparaît hors de l'utérus droit ou utérus vide.

OBSERVATION XXXVII (D^r Chéron. *L'obstétrique* 1897

Utérus didelphe. Expulsion d'une caduque de l'utérus non gravide.

Femme de 29 ans. IIIpare.

Les premières règles ont apparu à l'âge de 15 ans et jusqu'à l'âge de 25 ans où elle se maria, elles furent douloureuses, irrégulières et abondantes. Les deux grossesses antérieures ont évolué jusqu'à terme et se sont terminées par des accouchements spontanés en présentation du sommet. Enfants vivants.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 15 au 24 novembre 1895.

Pendant toute la grossesse, la malade a eu des battements de cœur fréquents. Depuis deux mois environ, céphalalgie intense, troubles de la vue et œdème à la partie inférieure des jambes.

Le 30 mai, la parturiente, à la suite d'une course un peu longue en omnibus, perdit une petite quantité de sang. Au milieu de caillots se trouvaient des portions de membranes d'un aspect gris rosé.

La malade se met au lit et y reste trois jours ; au bout de ce temps elle est prise d'un frisson violent et elle se décide à entrer à la Maternité le 3 juin. A l'arrivée, température 38°5, 90 pulsations par minute ; comme elle présentait quelques phénomènes précurseurs des crises d'éclampsie, l'analyse des urines est faite immédiatement et permet de constater la présence d'une grande quantité d'albumine.

L'utérus est développé comme dans une grossesse de 6 mois environ.

Sommet engagé; siège au fond de l'utérus, dos à gauche et en avant. Dilatation égale à 3 centimètres environ.

A 10 heures du soir, dilatation complète, on rompt les membranes et l'expulsion du fœtus a lieu aussitôt. L'enfant succombe après quelques mouvements d'inspiration. Il pèse 1.100 grammes. Délivrance naturelle. C'est après l'expulsion seulement qu'on reconnut la malformation utérine. On sentit par le palper qu'il existait en dehors de l'utérus gravide, une masse régulière siégeant à droite, indépendante de l'utérus. Le doigt est introduit dans le vagin qui ne présente aucune particularité, sans trace de cloison en aucun point. On arrive sur l'orifice utérin, puis dans la cavité utérine où l'on trouve quelques caillots que l'on retire. A droite de cet orifice utérin, le doigt pénètre dans un autre orifice auquel succède une seconde cavité présentant tous les caractères de la cavité utérine et dans laquelle se trouvent quelques petits caillots sur une caduque prête à être expulsée. Cette dernière, amenée au dehors, présente tous les caractères d'une muqueuse utérine hypertrophiée et saine. Il existe donc deux utérus dont on peut reconnaître l'indépendance complète par le palper et le toucher combinés. Dans ce cas, il s'agit d'un utérus didelphe. Dans les deux grossesses précédentes, le produit de la conception aurait occupé l'utérus droit, et l'utérus gauche, vide, formait une tumeur qui durcissait au moment des contractions, pendant le travail. Les suites de couches furent normales.

La température revint à 37° le lendemain de l'accouchement

et l'albuminurie disparut en quelques jours au moyen du régime lacté absolu.

OBSERVATION XXXVIII (Strauch. *Centralblatt für Gynæk.* 1887).

Utérus didelphe. Expulsion de caduque.

Primipare de 22 ans. Premières règles à 15 ans et régulières depuis.

On constate à l'inspection de la vulve que la tête se trouve coiffée par une membrane qui représente une partie de la cloison intervaginale.

Par le toucher, le doigt introduit du côté gauche en longeant la petite lèvre du même côté, on arrive sur la tête fœtale recouverte de cette cloison : la tête se trouvait maintenue dans cette position depuis deux heures. Pour terminer l'accouchement, il faut sectionner cette membrane sur une longueur de 4 centimètres environ.

A l'examen ultérieur, on trouve un vagin droit bien formé et un vagin gauche petit. A l'aide du spéculum, et de ce même côté, on voit une masse rougeâtre sortant du col et présentant tous les caractères d'une caduque.

Un mois plus tard, la sonde pénètre dans l'utérus droit de 9 centimètres ; dans le gauche de 7 centimètres. Les deux sondes introduites simultanément ne se touchent sur aucun point.

OBSERVATION XXXIX (*Vratch. Saint-Pétersbourg 1894*
et *Annales de gynécologie*).

Utérus double gravide. Expulsion d'une caduque.

Femme de 23 ans, primipare, en travail au commencement du neuvième mois : Le vagin est complètement divisé en deux parties inégales par une cloison antéro-postérieure que l'on voit se prolonger dans la cavité cervicale : les deux hymens sont déchirés. Pendant l'accouchement, la cloison vaginale se déchira, mais sans donner lieu à une hémorragie, grâce à la compression exercée par la tête : le placenta vint spontanément, mais les membranes restèrent dans l'utérus et on en fit l'extraction manuelle : on put constater ainsi que l'utérus était cloisonné, la partie gauche ayant contenu l'œuf. Deux jours après l'accouchement, la moitié droite de l'utérus expulsa sa caduque.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XL (*Litchkous. Annales de gynécologie*
1893) (Résumée).

Utérus double. Expulsion d'une caduque de la cavité non gravide.

Il s'agit d'une femme âgée de 26 ans, d'une constitution normale au point de vue général.

Sur la paroi gauche du vagin, près du cul de-sac existait une

valvule très grande coiffant le doigt et masquant le col utérin lorsqu'on la soulevait. Le col était court et conique et le corps de l'utérus était évidemment double : la corne gauche de forme à peu près normale, la corne droite gravidе. A trois mois, la malade avorta malgré le repos et les injections opiacées. On constata alors l'existence d'un éperon qui descendait dans le col jusqu'à un demi-centimètre environ de son orifice. L'année suivante, une nouvelle grossesse eut lieu dans la même corne, avec menaces d'avortement au troisième mois ; cette fois, le repos et l'opium eurent raison des accidents ; la patiente passa deux mois au lit et accoucha à terme, sans accidents, d'un garçon bien conformé : la valvule vaginale fut arrachée pendant l'accouchement. Une troisième grossesse se termina par un accouchement à terme un an plus tard, et cette fois la corne gauche augmentée de volume expulsa une caduque deux jours après l'accouchement. La malade eut enfin une quatrième grossesse toujours dans la corne droite : c'était une grossesse gémellaire normale. La corne gauche expulsa encore une caduque : elle s'était beaucoup développée dans le cours de la grossesse et subit après l'accouchement une involution parallèle à celle de la corne gravidе.

OBSERVATION XLI (Archives de Tociologie, 1896).

Utérus double Cinq grossesses. Expulsion de caduque.

Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans, maigre et nerveuse jouissant d'une santé apparemment bonne.

Le premier accouchement eut lieu en décembre 1889, à terme, mais il fut long, pénible et dut être terminé par une ap-

plication de forceps. Cette première grossesse aurait eu lieu dans la cavité droite de l'utérus.

Deuxième grossesse. La cavité gauche de l'utérus est gravide.

Le ventre est plus saillant à gauche qu'à droite. Le flanc droit comparé au flanc gauche proéminent paraissait presque vide.

Vers le milieu de décembre 1890, à 8 mois 1/2 de grossesse, la malade entre en travail. Le fœtus fut expulsé en moins de deux heures, suivi à un très court intervalle, du placenta et des membranes complètes. Le soir, l'accouchée fut prise de coliques persistantes. Il semblait à la patiente qu'elle allait accoucher de nouveau. La main appliquée alors sur le ventre permet de constater que ces contractions douloureuses ne se passent pas dans l'utérus qui était le siège de la gestation, mais bien dans cette partie, le second utérus, qui pendant le travail formait une petite tumeur également appréciable à la vue et au palper. Le toucher fait alors constater nettement la présence de deux cols : celui de gauche encore volumineux, mais en partie refermé, celui de droite largement dilaté et renfermant un bouchon de consistance molle qui est poussé à travers son ouverture à chaque contraction. Des injections vaginales fréquemment répétées amènent la sortie de lambeaux membraniformes, spongieux, presque exsangues, de six à sept millimètres d'épaisseur. L'expulsion de ces lambeaux dura quatre ou cinq jours, et jamais la température ne dépassa 37°.

Troisième grossesse. Cette grossesse fut pénible, traversée de plusieurs menaces d'avortement. En juin 1892, alors que la grossesse était de 8 mois, l'accouchement eut lieu, très rapide.

La délivrance fut normale. Pendant les six jours qui suivirent l'accouchée se plaignit encore, comme précédemment, de violentes coliques dues aux contractions de l'utérus gauche que l'on voyait nettement se dessiner, à travers la paroi abdominale et qui rendait à son tour des lambeaux de muqueuse considérablement hypertrophiée. Les suites de couches furent normales.

Quatrième grossesse. Une quatrième grossesse fut menée à terme au début de juin 1893 et l'accouchement présenta les mêmes particularités qui avaient accompagné les précédents. Mais la caduque de l'utérus droit qui n'avait pas été le siège de la gestation fut expulsée après 48 heures en totalité et non par lambeaux en conservant la forme de l'utérus.

Cinquième grossesse. Elle prit fin le 1^{er} octobre 1894. Le travail avait duré 48 heures. Fidèle à l'alternance des grossesses précédentes, l'utérus droit était gravide et c'est la cavité gauche qui expulsa cette fois, deux jours après l'accouchement un produit membraniforme du volume d'une petite poire et de forme à peu près triangulaire, dont l'examen microscopique fit reconnaître les éléments de la muqueuse utérine, mamelonnée et transformée en une véritable caduque.

OBSERVATION XLII (*Journal des sages-femmes*, 1895).

Utérus double. Expulsion de caduque.

Il s'agit d'une tertipare, habituellement bien portante.

La première grossesse s'est terminée par une fausse couche de trois mois et demi. La cause de cet avortement est inconnue.

La seconde grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré à sept mois.

Troisième grossesse. Elle s'est terminée à 7 mois par l'expulsion d'un fœtus en présentation du sommet en D P. L'enfant pesait 1360 grammes et avait un pied bot. Après la délivrance, lorsqu'on a voulu faire une injection intra-utérine, en introduisant le doigt pour placer la canule, on a rencontré une petite masse que l'on a prise pour un caillot. Il s'agissait au contraire d'une membrane rougeâtre, allongée et ouverte par en bas, un véritable sac formé par une membrane organisée bien nette.

Cette membrane épaisse était lisse à sa surface interne et présentait de petits prolongements à la face externe.

Ce sac était formé par la muqueuse utérine expulsée. Le diagnostic rétrospectif d'utérus double a été fait par M. Demelin qui en introduisant le doigt dans le col a trouvé un éperon à côté de l'utérus. L'utérus est irrégulier et beaucoup plus gros à gauche qu'à droite, où il est très petit.

Les observations qui précèdent se rapportent toutes à des utérus présentant deux cavités nettement séparées. Néanmoins cette caduque peut exister dans l'utérus bicorne, et Wertheim en a communiqué un cas à la société gynécologique de Vienne. Il s'agit d'une femme morte en couches et chez laquelle la cavité utérine gauche seule était gravide. L'examen histologique de l'utérus fut pratiqué et on constata que la corne droite présentait des modifications analogues à celles de la corne gauche. Il s'y était formé

une véritable caduque qui fut trouvée dans le col six heures après l'accouchement.

Cette membrane présentait 3 à 4 millimètres d'épaisseur et était constituée par des stratifications de cellules plates dites déciduales.

L'expulsion est quelquefois précédée de coliques assez intenses et persistantes. Dans l'observation XLI, elles étaient douloureuses au point que la malade les comparait volontiers à celles de l'accouchement. C'est là une exception, et l'intensité des contractions sera le plus souvent beaucoup moins prononcée.

La caduque peut être enfin l'origine de complications pendant les suites de couches : elle peut s'infecter. Cette infection est identique à celle que peut subir une partie soit du placenta soit des membranes retenue dans l'utérus après la délivrance. La caduque une fois détachée de la paroi qu'elle recouvrait est devenue un corps étranger et si elle séjourne trop longtemps dans l'utérus sans être expulsée, elle subit la putréfaction et provoque des accidents septiques. De plus, l'infection peut venir, soit de la cavité vaginale, soit de la loge gravidique voisine et le résultat sera le même que précédemment.

Les observations que nous rapportons ont fait le sujet d'une communication de M. le docteur Schwaab à la société d'obstétrique de Paris au mois de novembre dernier ; elles sont d'autant plus intéressantes que dans l'une, la malformation fut reconnue par surprise au cours de l'examen de la cavité utérine nécessitée par la fétidité extrême des lochies, et que dans l'autre le

diagnostic de la malformation fut confirmé par cet examen.

La dernière observation est aussi importante parce qu'elle démontre que la première intervention qui fut pratiquée dût son insuccès à ce que la malformation fut méconnue.

OBSERVATION XLIII (Communication de M. le Docteur Schwaab, à la Société d'obstétrique de Paris. 1900).

Utérus globularis subseptus. Fécondité des lochies. Extraction de la caduque de l'une des cornes.

La nommée X..., âgée de 22 ans, ouvrière, quartipare, entre à la clinique Tarnier le 14 septembre 1900.

Elle a été réglée pour la première fois à 18 ans et ses règles depuis cette époque ont toujours été très régulières. Elle s'est mariée à 20 ans. Les trois grossesses antérieures, tout à fait normales se sont terminées à terme. Les présentations étaient normales. Les trois enfants sont morts dans le bas âge, deux à la suite de maladies infectieuses, le troisième sans doute par hydrocéphalie.

Grossesse actuelle. Les dernières règles datent du 6 décembre 1899.

La grossesse a été bonne.

La parturiente entre à la clinique Tarnier, dans la salle de travail, le 14 septembre 1900 à 11 heures 30 du matin. Les premières douleurs ont commencé à 4 heures du matin. Présentation du sommet engagé en O I G A ; enfant vivant ; dila-

tation de un centimètre; poche des eaux intacte. On ne constate absolument rien d'anormal ni dans la forme, ni dans le volume de l'utérus. Le travail marche régulièrement; à 7 h. 15 du soir la dilatation est d'une grande paume de main. Les membranes se rompent à ce moment et le liquide s'écoule coloré en vert par le méconium.

A l'auscultation alors, on trouve les bruits du cœur fœtal jusqu'alors bons, très ralentis. Peu d'instant après les bruits du cœur disparaissent.

A 8 heures du soir, la femme accouche spontanément d'un enfant mort, de 2750 grammes. Il existait un circulaire très lâche autour du cou.

Délivrance naturelle et complète à 8 heures 20. Le placenta n'offre rien de particulier.

Suites de couches. Pendant six jours les suites de couches sont absolument normales. Le 20 septembre les lochies deviennent fétides. On fait alors deux injections utérines qui ramènent des caillots fétides.

Le 21 septembre la fétidité des lochies persiste, malgré deux nouvelles injections utérines. Pendant tout ce temps la température reste normale.

Le 22 septembre les lochies étant extrêmement fétides, je me décide à explorer la cavité utérine pour voir ce qu'elle contient, suivant en cela les préceptes du professeur Budin qui recommande cette exploration toutes les fois que quelque de pathologique se passe du côté de l'utérus, même en l'absence de fièvre.

Or, à ma grande surprise je trouve au fond de l'utérus une cloison épaisse, antéro-postérieure, haute de 3 à 4 centimètres environ, allant de la face postérieure à la face antérieure

de l'utérus. Le fond utérin est ainsi divisé en deux compartiments, à parois peu épaisses, dilatés, contenant tous deux des caillots libres, absolument putrides. Dans la corne gauche, on trouve de plus des débris de caduque peu adhérents.

J'extrais le tout et fais un lavage copieux dans les deux compartiments.

Les jours suivants on continue les injections utérines iodées en ayant soin de faire pénétrer le liquide dans les deux cornes.

Le 27 septembre la fétidité des lochies avait absolument disparu et la malade quitta la clinique en excellent état le 1^{er} octobre. A aucun moment, d'ailleurs, la température ne s'était élevée.

OBSERVATION XLIV (Communication de M. le docteur Schwaab, à la société d'obstétrique de Paris. 1900).

Utérus didelphe avec col cloisonné. Vagin unique. Infection de la caduque de l'utérus non gravide.

Il s'agit d'une primipare de 26 ans, domestique. Rien de particulier dans les antécédents. Elle a été réglée pour la première fois à 11 ans $1/2$. Les règles ont toujours été régulières et abondantes.

Grossesse actuelle. Les dernières règles datent du 1^{er} janvier 1900. La grossesse a toujours été normale. Pas d'écoulement sanguin pendant la grossesse. Elle entre à la clinique Tarnier le 12 octobre 1900 à 11 heures un quart. Le travail a débuté à 7 heures du matin et la rupture prématurée des membranes s'est faite le 12 octobre à 1 heure du matin. A son

entrée, on trouve un sommet engagé en O. I. G. A. : enfant vivant ; dilatation de 6 centimètres. Les personnes qui assistent à l'accouchement ne constatent rien de particulier du côté de l'utérus. L'expulsion du fœtus a lieu spontanément à midi 45.

Après l'accouchement, le placenta tarde à se décoller. A 2 heures, brusquement, la femme perd beaucoup de sang et le moniteur de garde fait immédiatement la délivrance artificielle. Il ne constate rien de particulier ni dans le vagin, ni au niveau du col, ni dans l'utérus, si ce n'est un peu de rétraction de l'anneau de Bandl.

La délivrance faite, l'utérus se rétracte bien.

Le placenta pèse 450 grammes et n'offre rien de particulier.

L'enfant, né en bon état, pèse 3.200 grammes.

J'eus l'occasion, peu après l'accouchement, d'examiner la femme ; et par le palper abdominal constatai alors ce qui suit.

D'un côté, un utérus allongé, remontant un peu au-dessus de l'ombilic, déjeté fortement vers la droite. La largeur de cet utérus semble moins grande que normalement. Mais dans le flanc gauche, on trouve une tumeur semblant s'insérer sur le bord gauche de l'utérus, au niveau de son segment inférieur, tumeur pédiculée. La tumeur est grosse comme une orange, et le pédicule a 3 ou 4 centimètres de large. Sa consistance est absolument semblable à celle de l'utérus voisin. Cette tumeur est assez mobile.

Mon diagnostic est alors hésitant entre une corne utérine rudimentaire et un fibrome pédiculé. La consistance de la tumeur me faisait penser plutôt à une corne utérine rudimentaire, quoique pendant l'accouchement et la délivrance artificielle on

n'eût rien constaté d'anormal du côté du vagin ou du col. Le lendemain la tumeur ne put être retrouvée à un moment donné, ce qui semblait encore confirmer le diagnostic de malformation utérine.

Le 15 octobre, c'est-à-dire le troisième jour des suites de couches, la température monta le soir à 38° 4 ; l'utérus était douloureux. Je procède alors sur le champ à l'examen de l'utérus.

Par le toucher, je trouve un col présentant deux orifices. La cloison divisant le col en deux descend tout près de l'orifice externe. Le col du côté droit donne accès dans l'utérus qui a été gravide. La cavité utérine de ce côté est vide ; cette cavité est longue, mais peu large.

Le col du côté gauche donne accès à un petit utérus d'une hauteur de 8 à 10 centimètres environ. Les parois sont assez épaissies : dans la cavité de ce petit utérus, je trouve des caillots et de la caduque peu adhérente et infectée. Je fais le curage digital de cette cavité utérine suivi d'une injection copieuse.

Donc il s'est agi là d'un utérus double, dont l'un a été gravide, et dont l'autre, non gravide, s'est hypertrophié. Il y a eu formation de caduque. C'est cette caduque qui s'est infectée. Le col est unique et cloisonné ; puis un peu au delà, les deux utérus se séparent.

Le 16 octobre, c'est-à-dire le lendemain matin, la température descend à 37°. Puis les suites de couches restent normales. On continue encore pendant quelques jours les injections utérines dans les deux utérus. La malade quitte la clinique en excellent état.

OBSERVATION XLV (Communication de MM. Beurnier et Chavane à la société obstétricale de France. 1898).

*Utérus globularis septus. Avortement de trois mois et demi.
Septicémie. Deux curellages. Guérison.*

M^{me} X., âgée de 27 ans, sans aucun passé pathologique, régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans, a vu ses règles disparaître au mois de juillet 1898. Elle éprouva quelques symptômes, maux de cœur, gonflement des seins, pigmentation de l'aréole, qui lui firent penser à la possibilité d'une grossesse.

Au mois de septembre ces phénomènes disparurent en même temps que se produisit par la vulve un léger écoulement de sang noirâtre, d'odeur fétide. Elle vint le 3 octobre demander conseil au docteur Beurnier. Le toucher révélait une augmentation de volume de l'utérus. Celui-ci, gros comme une orange, dépassait le pubis de deux travers de doigt. Il était de consistance ferme, en rétroversion légère, le col fermé, non ramolli. Bien que pressée de questions, la malade déclare ne s'être soumise à aucune manœuvre abortive et n'avoir jamais perdu autre chose que du sang liquide.

L'état général était mauvais : outre la faiblesse et l'inappétence, il existe de la fièvre, 38° le jour de l'examen.

En l'absence de tout passé gynécologique, le docteur Beurnier s'arrête au diagnostic d'avortement probable avec rétention de débris de l'œuf, amenant l'infection de la femme, d'autant plus que l'examen au spéculum montre que le sang provient de l'utérus et qu'à sa sortie du col il est déjà fétide.

Aussi propose-t-il le nettoyage de la cavité utérine, qui est pratiqué deux jours plus tard, le 5 octobre, avec l'aide du docteur Chavane. Le 3 et le 4 octobre furent employés à antiseptiser le vagin et à dilater le col de l'utérus avec deux tiges de laminaire. L'opération ne présenta rien de particulier. Le col un peu élevé, dirigé en avant vers le pubis, fut attiré à la vulve, et à l'aide de la curette d'Auvar, on put retirer une muqueuse épaisse, mais pas de débris placentaires. Après l'exploration digitale de la cavité utérine et une injection intra-utérine au sublimé au 1/1.000^e, on fit un tamponnement à la gaze iodoformée de l'utérus et du vagin.

Une seule chose frappa le docteur Beurnier, c'était l'étroitesse de la cavité utérine dans laquelle la curette ne jouait pas librement. La température était de 37° 6 après l'opération, et le soir de 38° 6

Le surlendemain, 7 octobre (il n'y avait eu rien de particulier la veille), quand le docteur Beurnier vint le matin pour retirer le tamponnement, il trouva la femme exsangue. La gaze iodoformée ainsi qu'un gros caillot avaient été projetés hors des voies génitales quelques heures auparavant, et depuis lors l'hémorragie continuait. Il fut fait immédiatement des injections très chaudes d'une solution de sublimé à 1/4.000^e et un nouveau tamponnement vaginal. L'état général est très mauvais, d'autant plus qu'il s'est déclaré une diarrhée abondante et fétide : la langue est blanche, sèche, tremblotante, le facies terreux et de petits frissons se répètent depuis la veille.

On injecte en quatre fois un litre de sérum artificiel sous la peau ; les membres sont maintenus élevés, la tête basse, et on cherche avec du champagne et du cognac à remonter la malade.

L'hémorragie n'a plus reparu ; mais pendant les deux jours qui suivent, le pronostic s'est encore aggravé. Les frissons sont fréquents, la diarrhée continue et l'adynamie devient extrême.

Le 10 octobre, le docteur Beurnier pria le docteur Chavane de revoir la malade avec lui : la situation paraît très grave : une sanie infecte, grisâtre et irritante imbibe le coton qui recouvre la vulve. Le toucher permet d'atteindre très facilement le col utérin situé dans l'axe du vagin, un peu rapproché toutefois de la symphyse pubienne. Les culs-de-sac, libres, non douloureux, rendent facile l'exploration de l'utérus par le palper et le toucher combinés. Les parois abdominales souples se prêtent bien aussi à l'examen. On trouve ainsi que l'utérus, toujours gros, remonte au dessus du pubis : il se laisse mobiliser dans tous les sens, mais son fond a une tendance marquée à basculer en arrière.

En enfonçant le doigt plus profondément dans le cul-de sac postérieur, on apprécie un certain degré d'élasticité et de ramollissement du muscle utérin : il paraît bosselé, inégal. En ramenant le doigt vers le museau de tanche, on rencontre sur la ligne médiane une surface granuleuse, grande environ comme une pièce d'un franc, de niveau exactement avec la paroi vaginale. Une pression légère au niveau de la surface qui donne cette sensation singulière, permet de pénétrer dans un tissu friable qui se laisse déprimer et dissocier facilement, de telle sorte qu'en insistant un peu, on se trouve dans une cavité à bords nets, lisses, qui donne tout à fait l'impression d'une cavité utérine.

En introduisant le doigt plus profondément encore, on arrive à sentir la main qui déprime la paroi abdominale, dont il n'est

plus séparé que par le muscle utérin et les muscles abdominaux. Pendant cette manœuvre, on détache des lambeaux placentaires qui s'effritent et restent appendus à la masse principale suspendue au centre de cette cavité.

Faisant alors la manœuvre conseillée par M. le professeur Budin, le placenta putréfié accompagné de quelques caillots d'âges différents et de débris membraneux, est exprimé de la cavité utérine et tombe dans la paume de la main ; — ce placenta répond à celui d'un œuf de trois mois et demi environ.

Il est fait immédiatement une injection chaude à 48° d'une solution de sublimé à 1/4000°.

L'exploration digitale de la cavité utérine montre qu'il existe encore quelques débris flottants dans l'utérus. Mais, en outre cet examen nous fournit les renseignements suivants ; immédiatement en arrière du col de l'utérus fermé aujourd'hui, celui dans lequel on a fait le curettage, existe une autre ouverture située à un centimètre et demi environ. C'est l'orifice d'un deuxième col utérin

Il est effacé en partie et l'effacement s'est fait en bec de flûte, la lèvre antérieure beaucoup plus longue que la postérieure. Celle-ci se confond avec le cul-de-sac vaginal et présente la même consistance que lui, c'est un faible repli très mince. La cavité de l'utérus qui vient d'être vidée ne présente pas trace de solution de continuité sur ses parois qui sont fermes.

La cloison intacte est donc probablement appliquée contre la paroi de l'utérus curetté et non gravide. Enfin, sur la paroi postérieure, près du fond, il existe une sorte de loge déprimée, où on trouve des inégalités, siège manifeste de l'insertion placentaire. Cette opération improvisée ne nous a pas semblé suffire et un peu plus tard on a fait l'écouvillonnage de cette

même cavité. La température était de 38°4. A la suite de cette opération complémentaire, l'état général n'a pas tardé à devenir meilleur, mais surtout, fait capital, la température est tombée à 37°8 et le 13 au matin elle descendait à 37° chiffre qui n'a plus été dépassé. Les urines albumineuses sont redevenues normales; la diarrhée a disparu. En un mot, l'amélioration de l'état si grave de la malade a été très rapide, mais la convalescence a été longue et c'en est que vingt jours plus tard qu'elle a commencé à se lever.

Il s'agissait donc là d'un avortement survenu dans un utérus globularis septus. L'utérus curetté était l'utérus sain. Ce qui a rendu dès le début le diagnostic difficile c'est l'effacement du col en biseau. Il s'est ainsi dissimulé dans la projection du col de l'utérus non gravide.

L'examen de cette jeune femme, qui a pu être fait à plusieurs reprises, nous a montré plus tard que les deux cols se présentaient au fond du vagin comme les canons d'un fusil double, un col à droite, un col à gauche.

La grossesse survenue dans l'utérus gauche a amené une torsion de l'utérus double sur son axe, en plaçant l'utérus droit en avant de l'autre devenu postérieur, entraîné probablement par son poids.

Nous désirons insister en outre sur deux points de cette observations: d'abord sur le procédé d'effacement du col dans ce cas, la partie du col adhérent à l'utérus non gravide s'est amincie et n'a pu remonter très haut. La partie opposée, au contraire, est beaucoup remontée et s'est effacée complètement.

Le tamponnement de l'utérus curetté a développé des contractions dans l'utérus gravide et a permis le détachement du

placenta probablement adhérent, mais il reste à se demander si ce mode d'effacement du col n'a pas eu une grande part à cause de son obliquité, dans la rétention de la masse placentaire dans le col utérin.

Depuis lors nous avons pu examiner Mme X... Plusieurs mois se sont écoulés, l'utérus a un volume normal, et au fond du vagin, on sent et on voit deux cols juxtaposés, un à droite, l'autre à gauche, dont le volume total n'est guère plus considérable que celui d'un col ordinaire d'une femme ayant eu déjà une grossesse.

L'importance pratique qui découle de ces trois observations est considérable. Dans le cas de MM. Beurnier et Chavane, en effet, la première intervention porta sur l'utérus non gravide et la curette ne ramena que des débris de la caduque saine. Les phénomènes de septicémie continuèrent en s'aggravant. Le curettage ne fut cependant pas inutile puisqu'il contribua indirectement à l'expulsion du placenta retenu en développant des contractions dans l'utérus gravide; mais la difficulté du diagnostic y fut grande cependant en raison de la situation réciproque des deux orifices du col.

Dans la première observation de M. Schwaab, il est à remarquer que la fétidité des lochies survint sans fièvre, mais si l'extraction des débris de la caduque avait été retardée, des phénomènes plus graves auraient certainement apparus. Dans la seconde enfin, la cessation des accidents dût d'être rapide et complète

à ce que l'intervention porta sur les deux cavités utérines.

Aux malformations de l'utérus s'applique surtout la recommandation de M. le professeur Budin, de toujours pratiquer l'examen complet de l'organe dès qu'une infection des suites de couches paraît avoir un point de départ utérin. Le traitement pour être rationnel devra être guidé par cette exploration préalable et si une intervention est nécessaire, elle devra porter sur les deux cavités utérines, celle non gravide aussi bien que celle qui a été le siège de la grossesse ; à cette seule condition le résultat sera favorable et définitif.

CONCLUSIONS

1°. — L'accident que l'on rencontrera le plus fréquemment au moment de la délivrance dans les malformations utérines est l'hémorragie.

2°. — Elle reconnaît pour cause habituelle l'inertie utérine.

3°. — L'insertion du placenta sur la cloison doit être assimilée à l'insertion sur le segment inférieur; dans les deux cas, les accidents qui peuvent se produire sont analogues.

4°. — L'enchatonnement du placenta constitue la seconde grave complication de la délivrance.

5°. — Les utérus bicorne et cordiforme exposent plus spécialement que les autres malformations à l'hémorragie et à l'enchatonnement du placenta.

6°. — La formation d'une caduque dans la cavité non gravide des utérus doubles est un phénomène physiologique. L'expulsion de cette caduque a lieu en général dans les quatre premiers jours qui suivent l'accouchement.

7°. — Lorsque des accidents ayant l'utérus pour point de départ se produiront pendant les suites de couches et nécessiteront une intervention, celle-ci, pour être efficace, devra porter sur la cavité gravide et sur celle non gravide.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Lefort.* — Thèse d'agrégation, 1863.
Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
Courty. — Traité des maladies de l'utérus, 1881.
Bourrus. — Thèse de Bordeaux, 1891.
P Budin. — Progrès médical, 1876.
Wurtz. — Thèse de Paris 1878.
Isotchowa. — Analyse in centr. f. gynœk, 1878.
Polaillon. — Annales de gynécologie, 1877.
Farges. — Thèse de Paris, 1882.
Sourice. — Thèse de Paris, 1884.
Kölliker. — Traité d'embryologie, 1882.
De Sinéty. — Traité de gynécologie, 1884.
Wiener. — Archiv. f. gynœk. B. XXVI, p. 234.
Schröder. — Maladies des organes génitaux de la femme.
Trad. française, 1886
Maschka. — Centr. für gynœk, 1883.
Cassan. Thèse de Paris, 1826.
Rocher. Thèse de Lyon, 1880.

- Picol.* — Thèse de Paris, 1891.
Bar. — Journal des sages-femmes, 1896.
Eustache. — Journal des sciences médicales de Lille, 1896.
Thibaud. — Thèse de Paris, 1892.
Pinard. — Union médicale, 1891.
Gautrelet. — Thèse de Paris, 1895.
Mundé. — American Journal of obstetrics, 1890.
Tarnier. — Journal des sages-femmes, 1894.
Manolescu. — Thèse de Paris, 1898.
Muller. — Archiv. für gynæk., 1873.
Ollivier. — Gazette médicale, 1872.
Tédénat. — Lyon médical, 1879.
Kæberlé. — Gazette hebdomadaire, 1866.
Leuckart. — Illustr. méd. Zeitschr. 1852.
Meunier-Quéaux. — Thèse de Paris, 1879.
Dance. — Archives générales de Médecine, 1829.
Moldenhauer. — Arch. für. gynæk., 1874.
Hergott. — Thèse de Strasbourg, 1839.
Séchéyron. — Annales de gynécologie, 1884.
Schwaab. — Bulletin de la Société d'obstétrique, 1900.
Maygrier. — Annales de la Société obstétricale de France, 1895.
Andérodias. — Revue de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux, 1900.
Chéron. — L'obstétrique, 1897.
Schuhl. — Annales de Gynécologie, 1894.
Rossa. — Centr. f. gynæk., 1894.
Lecluyse. — Annales de la Société de médecine d'Anvers 1845.
Depaul. — Comptes-rendus de la Société de biologie, 1853.
Brellauer. — New-York méd. journal, 1892.
Althen. — Centralblatt für gynæk. 1890.
Dunning. — Journal of améric. méd. assoc. 1890.

- Buchanam.* — Glasgow méd. journal, 1892.
Taylor. — British méd. journal, 1884.
Beurnier et Chavane. — Annales de la Société obstétricale de France, 1898.
Bouffe de St-Blaise. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1900.
D'Heilly. — Bulletin de la Société anatomique, 1863.
Bernard. — Thèse de Paris, 1897.
Pruvost. — Thèse de Paris, 1895.
Delpiano. — Thèse de Paris, 1898.
Winn. — Boston méd. Journal, 1900.
Maleterre. — Thèse de Nancy, 1896.
Cassin. — Archives de Tocologie, 1880.

